

ЖУРНАЛ ИНФЕКТОЛОГИИ

МАТЕРИАЛЫ МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
“АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ИНФЕКТОЛОГИИ, ЭПИДЕМИОЛОГИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПАРАЗИТОЛОГИИ:
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ СИСТЕМЫ ЭПИДНАДЗОРА, ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ”

АЛМАТЫ
16–17 апреля 2015 года

Приложение

Том 7 №2, 2015

ЖУРНАЛ ИНФЕКТОЛОГИИ

JURNAL INFEKTOLOGII

Официальное издание Межрегиональной общественной организации
«Ассоциация врачей-инфекционистов Санкт-Петербурга
и Ленинградской области»

Главный редактор
академик РАН Ю.В. ЛОБЗИН

ПРИЛОЖЕНИЕ Том 7, № 2, 2015

ЖУРНАЛ ИНФЕКТОЛОГИИ

Главный редактор

академик РАН д.м.н. профессор
Лобзин Ю.В.

Ответственный секретарь

д.м.н. профессор Гусев Д.А.

Редакционная коллегия

д.м.н. профессор Антонова Т.В. (зам. гл. редактора)
д.м.н. Бабаченко И.В.
академик РАН д.м.н. профессор
Беляков Н.А.
к.м.н. доцент Волжанин В.М.
д.м.н. профессор Воронин Е.Е.
член-кор. РАН
д.м.н. профессор Жебрун А.Б.
д.м.н. профессор Жданов К.В. (зам. гл. редактора)
академик РАН
д.м.н. профессор Киселев О.И.
д.м.н. профессор Клишко Н.Н.
д.м.н. профессор Ковеленов А.Ю.
д.м.н. профессор Котив Б.Н.
к.м.н. Левандовский В.В.
д.м.н. Лиознов Д.А.
д.м.н. профессор Нечаев В.В.
д.м.н. профессор Огарков П.И.
д.фарм.н. Рудакова А.В.
д.м.н. профессор Сидоренко С.В.
д.м.н. профессор Скрипченко Н.В.
д.м.н. профессор Усков А.Н.
д.м.н. профессор Харит С.М.
д.м.н. профессор Цинзерлинг В.А.
д.м.н. профессор Цыган В.Н.
д.м.н. профессор Эсауленко Е.В.
д.м.н. профессор Яковлев А.А.

Редакционный совет

д.м.н. профессор Амброзайтис А. (Литва)
д.м.н. профессор Ахмедова М.Д. (Узбекистан)
академик РАН
д.м.н. профессор Зверев В.В. (Москва)
член-кор. РАН
д.м.н. профессор Иванова В.В. (Санкт-Петербург)
д.м.н. профессор Исаков В.А. (Москва)
д.м.н. профессор Кожевникова Г.М. (Москва)
академик РАН
д.м.н. профессор Львов Д.К. (Москва)
академик РАН
д.м.н. профессор Малеев В.В. (Москва)
д.м.н. профессор Малов И.В. (Иркутск)
д.м.н. профессор Малышев Н.А. (Москва)
член-кор. РАН
д.м.н. профессор Михайлов М.И. (Москва)
д.м.н. профессор Мукомолов С.Л. (Санкт-Петербург)
д.м.н. профессор Мусабаев Э.И. (Узбекистан)
академик РАН
д.м.н. профессор Онищенко Г.Г. (Москва)
профессор Павлоцкий Ж.-М. (Франция)
профессор Папатеодоридис Дж. (Греция)
академик РАН
д.м.н. профессор Покровский В.В. (Москва)
академик РАН
д.м.н. профессор Покровский В.И. (Москва)
профессор Прати Д. (Италия)
д.м.н. профессор Рахманова А.Г. (Санкт-Петербург)
д.м.н. профессор Семенов В.М. (Беларусь)
академик РАН
д.м.н. профессор Сергиев В.П. (Москва)
д.м.н. профессор Сологуб Т.В. (Санкт-Петербург)
д.м.н. профессор Сыздыков М.С. (Казахстан)
д.м.н. профессор Тимченко В.Н. (Санкт-Петербург)
академик РАН
д.м.н. профессор Тотолан А.А. (Санкт-Петербург)
академик РАН
д.м.н. профессор Учайкин В.Ф. (Москва)
иностранный член РАН
профессор Франко де Роза (Италия)
к.м.н. профессор Широкова В.И. (Москва)

JURNAL INFEKTOLOGII

Editor in Chief

member of the Russian Academy of Sciences
M.D. professor Lobzin Yu.V.

Executive secretary

M.D. professor Gusev D.A.

Editorial board

M.D. professor Antonova T.V. (deputy editor)
M.D. Babachenko I.V.
member of the Russian Academy of Sciences
M.D. professor Belakov N.A.
C.M.S. docent Volzhanin V.M.
M.D. professor Voronin E.E.
corresponding member of the Russian Academy
of Sciences M.D. professor Zhebrun A.B.
M.D. professor Zhdanov K.V. (deputy editor)
member of the Russian Academy of Sciences
M.D. professor Kiselev O.I.
M.D. professor Klimko N.N.
M.D. professor Kovelonov A.Yu.
M.D. professor Kotiv B.N.
M.D. Lioznov D.A.
C.M.S. Levandovskiy V.V.
M.D. professor Nechaev V.V.
M.D. professor Ogarkov P.I.
Pharm.D. Rudakova A.V.
M.D. professor Sidorenko S.V.
M.D. professor Skripchenko N.V.
M.D. professor Uskov A.N.
M.D. professor Harit S.M.
M.D. professor Zinserling V.A.
M.D. professor Tsygan V.N.
M.D. professor Esaulenko E.V.
M.D. professor Yakovlev A.A.

Editorial council

M.D. professor Ambrozaytis A. (Litova)
M.D. professor Achmedova M.D. (Uzbekistan)
member of the Russian Academy of Sciences
M.D. professor Zverev V.V. (Moscow)
corresponding member of the Russian Academy of Sciences
M.D. professor Ivanova V.V. (Saint-Petersburg)
M.D. professor Isakov V.A. (Moscow)
M.D. professor Kozhevnikova G.M. (Moscow)
member of the Russian Academy of Sciences
Lvov D.K. (Moscow)
member of the Russian Academy of Sciences
M.D. professor Maleev V.V. (Moscow)
professor Malov I.V. (Irkutsk)
M.D. professor Malyshev N.A. (Moscow)
corresponding member of the Russian Academy of Sciences
M.D. professor Mihajlov M.I. (Moscow)
M.D. professor Mukomolov S.L. (Saint-Petersburg)
M.D. professor Musabaev E. I. (Uzbekistan)
member of the Russian Academy of Sciences
M.D. professor Onishenko G.G. (Moscow)
M.D. professor Pawlotsky J.-M. (France)
M.D. professor Papatheodoridis G. (Greece)
member of the Russian Academy of Sciences
M.D. professor Pokrovskiy V.V. (Moscow)
member of the Russian Academy of Sciences
M.D. professor Pokrovskiy V. I. (Moscow)
M.D. professor Prati D. (Italy)
M.D. professor Rachmanova A.G. (Saint-Petersburg)
M.D. professor Semenov V.M. (Belarus)
member of the Russian Academy of Sciences
M.D. professor Sergiev V.P. (Moscow)
M.D. professor Sologub T.V. (Saint-Petersburg)
M.D. professor Sizdikov M.S. (Kazakhstan)
M.D. professor Timchenko V.N. (Saint-Petersburg)
member of the Russian Academy of Sciences
M.D. professor Totolan A.A. (Saint-Petersburg)
member of the Russian Academy of Sciences
M.D. professor Uchaykin V.F. (Moscow)
foreign member of the Russian Academy of Sciences
M.D. professor Franko de Roza (Italy)
C.M.S. professor Shirokova V.I. (Moscow)

Ассоциированный член редакционного совета — Международная общественная организация «Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням»

Журнал включен в перечень российских рецензируемых научных журналов, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук

16+

«Журнал инфектологии» – периодическое научно-практическое рецензируемое издание.

Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере массовых коммуникаций, связи и охраны культурного наследия.

Свидетельство о регистрации ПИ №ФС 77-33952 от 01.11.2008 г. Издаётся ежеквартально. Тираж 500 экз.

Полное или частичное воспроизведение материалов, содержащихся в издании, допускается с письменного разрешения редакции.

Ссылка на «Журнал инфектологии» обязательна.

Адрес редакции: 197022, Санкт-Петербург, улица Профессора Попова, д. 9, тел: 8(812)234-60-04; факс: 8(812)234-96-91; Сайт журнала www.journal.niidi.ru; e-mail: gusevden-70@mail.ru

Индекс для подписки в Каталоге российской прессы «Почта России» 74516

Журнал входит в индекс научного цитирования www.elibrary.ru. Статьи из журнала доступны на сайте www.niidi.ru, www.journal.niidi.ru

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
КОМИТЕТ ПО ЗАЩИТЕ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ
МИНИСТЕРСТВА НАЦИОНАЛЬНОЙ ЭКОНОМИКИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
МЕЖДУНАРОДНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
«ЕВРО-АЗИАТСКОЕ ОБЩЕСТВО ПО ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ»
КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМ С.Д. АСФЕНДИЯРОВА
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР САНЭПИДЭКСПЕРТИЗЫ И МОНИТОРИНГА КЗПП МНЭ РК
РЕСПУБЛИКАНСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ «АССОЦИАЦИЯ ВЫПУСКНИКОВ
КАЗАХСКОГО НАЦИОНАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА
ИМ. С.Д. АСФЕНДИЯРОВА»

**МЕЖДУНАРОДНАЯ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ**

**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ИНФЕКТОЛОГИИ,
ЭПИДЕМИОЛОГИИ И МЕДИЦИНСКОЙ
ПАРАЗИТОЛОГИИ: СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
СИСТЕМЫ ЭПИДНАДЗОРА, ДИАГНОСТИКИ,
ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ**

16–17 апреля 2015 года

Алматы, Республика Казахстан

Актуальные проблемы инфектологии, эпидемиологии и медицинской паразитологии: современные технологии системы эпиднадзора, диагностики, лечения и профилактики / Материалы международной научно-практической конференции. – Алматы, 2015.– 98 с.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ

ПРЕДСЕДАТЕЛИ:

Президент Евро-Азиатского Общества по Инфекционным Болезням академик РАН
Лобзин Ю.В. (Россия)

Ректор КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова профессор **Аканов А.А. (Казахстан)**

Главный Государственный санитарный врач РК **Бекшин Ж.М. (Казахстан)**

Почетный профессор КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова **Амиреев С.А. (Казахстан)**

РАБОЧАЯ ГРУППА МЕЖДУНАРОДНОГО ОРГКОМИТЕТА (РОССИЯ):

Ответственный секретарь международного Оргкомитета

Доцент **Волжанин В. М.**

Секретари международного Оргкомитета

Доцент **Захаренко С.М.**

Доцент **Лебедев М.Ф.**

Административный секретариат международного Оргкомитета

Чадина В.П.

РАБОЧАЯ ГРУППА НАЦИОНАЛЬНОГО ОРГКОМИТЕТА (КАЗАХСТАН):

Профессор **Кошерава Б. Н.** Профессор **Саттаров А. И.** Профессор **Жакипбаева Б. Т.**

Секретариат национального Оргкомитета

Профессор **Нажмеденова А. Г.** Доцент **Алекешева Л.Ж.** Доцент **Искакова Ф. А.**

Профессор **Курманова Г. М.** Магистр медицины **Кусаинова А. Ж.**

Представительство Международной общественной организации
«Евро-Азиатское Общество по Инфекционным Болезням»
в Республике Казахстан **Сергалиева А.Ш.**

ГЕНЕРАЛЬНЫЙ СПОНСОР КОНГРЕССА

Пфайзер Эйч-Си-Пи Корпорейшн

СПОНСОРЫ

НПФ «Материа Медика Холдинг»

Рекитт Бенкизер Хелскэр Интернешнл Лтд

ОАО «ФАРМСТАНДАРТ»

Абботт Лабораториз С.А.

ООО «Ферон»

УЧАСТНИКИ ВЫСТАВКИ И ПОДДЕРЖИВАЮЩИЕ КОМПАНИИ

ТОО «Производственный комплекс «Аврора»

ОАО «Валента Фармацевтика»

ООО «НТФФ «ПОЛИСАН»

ЗАО «Биокад»

ИПКА

ИНФОРМАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА

www.ipoeasid.ru; www.niidi.ru;

Журнал инфектологии – <http://journal.niidi.ru>

Вестник КазНМУ – <http://kaznmuz.kz>

Материалы конгресса размещены в алфавитном порядке по фамилии первого автора и представлены в авторской редакции.

ДОРОГИЕ КОЛЛЕГИ И ДРУЗЬЯ!



Международная общественная организация «Евро-Азиатское Общество по Инфекционным Болезням», созданная специалистами в области борьбы с инфекционными болезнями из России, Казахстана, Украины, Беларуси, Узбекистана, Кыргызстана, Молдовы, Италии в 2008 году, за годы своей деятельности объединила не только инфекционистов, но и широкий круг врачей, решающих проблемы инфекций (эпидемиологов, микробиологов, терапевтов, педиатров, гастроэнтерологов, реаниматологов, клинических фармакологов). Следствием такой заинтересованности и активности явилось упрочение и углубление научных и дружеских связей между специалистами различных стран. Успешное проведение конгрессов и научных конференций общества в Витебске (2008), Санкт-Петербурге (2010), Калининграде (2011), Астане (2012, 2013), Шым-

кенте (2014) продемонстрировало правильность курса на научную интеграцию в различных областях борьбы с инфекциями.

Международную научно-практическую конференцию «Актуальные проблемы инфектологии, эпидемиологии и медицинской паразитологии: современные технологии системы эпиднадзора, диагностики, лечения и профилактики» 16-17 апреля 2015 года принимает Алматы, один из крупнейших научных и культурных центров Республики Казахстан, страны с социально ориентированной экономикой и имеющей несомненные успехи в развитии здравоохранения и медицинской науки.

Вопросы, которые предстоит рассмотреть делегатам конференции, актуальны для здравоохранения всех стран-участниц данного форума, в том числе и для Республики Казахстан. Евро-Азиатское Общество по Инфекционным Болезням благодарит Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан за поддержку в организации этой конференции и надеется на дальнейшее плодотворное сотрудничество. Я уверен, что работа конференции будет способствовать решению актуальных проблем профилактики, лечения и диагностики острых и хронических инфекционных заболеваний, обмену опытом по использованию передовых технологий в этой области и в результате – улучшению оказания медицинской помощи гражданам наших стран.

Президент Евро-Азиатского Общества по Инфекционным Болезням
Заслуженный деятель науки Российской Федерации
Академик Российской академии наук профессор

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Ю.В. Лобзин'.

Ю.В. Лобзин

16 апреля 2015 года

Дорогие коллеги!

Рад приветствовать Вас в Казахском Национальном Медицинском Университете им. С.Д. Асфендиярова в связи с проведением Международной научно-практической конференции, охватывающей широкий круг проблем современных технологий диагностики, лечения и профилактики инфекционных и паразитарных болезней.

В современном мире борьба с инфекционными болезнями невозможна без тесной интеграции специалистов разных стран. В этой связи примечательно то, что настоящая конференция проводится в рамках Международной общественной организации «Евро-Азиатское Общество по инфекционным болезням», созданной и успешно функционирующей под руководством её Президента Ю.В. Лобзина, академика РАН, директора НИИ детских инфекций России. Мне также приятно отметить, что многие преподаватели нашего Университета и других медицинских учебных заведений Республики Казахстан являются членами этого авторитетного Международного общества и тесно сотрудничают с ним. На территории Республики Казахстан проводился ряд успешных форумов по различным аспектам инфектологии (Конгресс в Астане, Конференции в Астане и Шымкенте). Настоящую конференцию организует и принимает г. Алматы в стенах нашего университета.

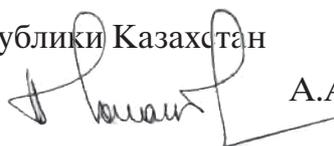
Вопросы, запланированные в настоящей конференции, охватывают самые разнообразные аспекты инфектологии, включая новые технологии диагностики, лечения и вакцинопрофилактики. Темы, связанные с массовой вакцинацией населения приобретают особую актуальность в связи с усилением тенденции отказа от профилактических прививок и низкой обеспеченностью определенной части населения информацией о безопасности вакцинации. Созданная в нашем университете «Школа вакцинологии» является уникальной и единственной в постсоветском пространстве, которая призвана совершенствовать не только научно-педагогические вопросы иммунизации, но и оказывать консультативную помощь практическим органам первичной медико-санитарной помощи. Думаю, что опыт работы этой школы окажется полезным и для специалистов других стран.

Я уверен, что работа конференции окажется успешной в деле повышения качества специализированной диагностической, лечебно-профилактической помощи населению. Это особенно актуально в настоящее время, поскольку в Республике Казахстан основным приоритетом оказания медицинской помощи определены органы первичной медико-санитарной помощи. И неслучайно в Алматы открыт географически удаленный офис ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи.

Желаю успешной работы Конференции и уверен, что в результате все мы обогатимся новой информацией по передовым технологиям в области инфектологии и эпидемиологии.

Ректор Казахского Национального Медицинского университета
им. С.Д. Асфендиярова
д.м.н., профессор, Заслуженный деятель Республики Казахстан

16 апреля 2015 года



А.А. Аканов



50 ЛЕТ НАУЧНОЙ И ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРОФЕССОРА АМИРЕЕВА САКЕНА АМИРЕЕВИЧА



Амиреев Сакен родился 05.01.1940 г. в ауле Мукай Алакольского района Алматинской области, в 1957 г. окончил Екпиндинскую среднюю школу.

В 1958–1964 гг. учился в Алматинском государственном медицинском институте, получил специальность врача-эпидемиолога, в 1964 г. был принят младшим научным сотрудником Казахского НИИ эпидемиологии и микробиологии Минздрава КазССР.

С.А. Амиреев в 1967–1970 гг. продолжил повышать свои знания в аспирантуре АГМИ, в 1970 г. защитил диссертацию по теме «Сочетанное течение токсоплазмоза и бруцеллеза» на ученую степень кандидата медицинских наук. Настоящий труд, по заключению академика Петрищевой П.В., оценен как лучшая диссертация, рассмотренная ВАК СССР в 1970 г.

По заданию Комитета науки Минздрава КазССР он разработал научную программу по порокам развития у детей, обусловленным инвазией токсоплазм и проводил исследования по этой проблеме. На контингенте более 3 тыс. детей из 17 учреждений Казахстана было выявлено, что у 12–17 % из них инвалидность является следствием токсоплазмоза. Кроме

того, с токсоплазмозом связаны снижения зрения у 12,7% детей, олигофрения, синдром Дауна и другие неврологические расстройства у 16–17%. В ходе исследований у нескольких детей из спинно-мозговой жидкости были выделены токсоплазмы. Для серологической диагностики токсоплазмоза были предложены разработанные С.А. Амиреевым диагностикумы для постановки РСК и ВКП.

в 1988 г. в Москве защитил докторскую диссертацию по теме «Научные и организационные основы эпиднадзора за бруцеллезом». В 1992 г. ВАК присвоил ему звание профессора. В 1975 г. Амиреев С.А. организовал лабораторию эпидемиологии бруцеллеза при КазНИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных болезней и руководил ею до 1995 г. По поручению Минздрава СССР он участвовал в выполнении Всесоюзной научно-практической программы «Причины развития бруцеллезной инфекции и ее профилактика». По разным аспектам проблемы бруцеллеза профессором С.А. Амиреевым опубликованы две монографии, четыре научных сборника, шесть томов научных обзоров по проблеме бруцеллеза. Под его руководством защищены 6 докторских, 12 кандидатских диссертаций, посвященных проблемам бруцеллеза.

В 1978–1988 гг. он участвовал в выполнении Всесоюзной научной программы «Научные основы эффективного эпиднадзора за зоонозными инфекциями» (научный руководитель – академик РАН Черкасский Б.Л.) По этой проблеме в Казахстане были проведены несколько научно-практических конференций и семинаров. Для практических врачей были выпущены 2 монографии, 3 сборника научных трудов и 6 томов литературных об-

зоров. Основные из них: монографии «Эпидемиологический надзор за зоонозами», Алматы, 1988, «Эпидемиология и эпизоотология бруцеллеза», Алматы, 1986. За эти научные труды С.А. Амиреев был награжден Минздравом КазССР медалью «Аль-Фараби».

В 1995 г. профессор С.А. Амиреев организовал кафедру эпидемиологии в КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова и возглавлял ее до 2012 г. В настоящее время в ней трудятся 5 докторов медицинских наук, 4 доцента, 4 старших преподавателей, 5 магистрантов; все они являются его учениками. Им также организована впервые среди стран СНГ «Школа вакцинологии», которую он возглавляет в настоящее время. В качестве заместителя председателя Консультативного комитета по иммунизации при Минздраве РК он активно участвует во внедрении в практику здравоохранения новых вакцинных препаратов, разрабатывает методические руководства и проводит обучающие циклы для специалистов первичной медико-санитарной помощи. За 1995–2015 гг. им разработаны несколько элективных курсов по разным аспектам эпидемиологии, включая 90-часовую программу по вакцинологии, что позволило студентам глубже изучить данный предмет. Для обучения студентов и повышения знаний педагогов были написаны, изданы и внедрены в учебный процесс следующие учебники, руководства, учебные пособия и монографии:

Эпидемиология (общая)-1 том, 2002, 2012, учебник;

Эпидемиология (частная)-2 том, 2004, 2012, учебник;

Медициналық паразитология, 2004, учебник;

Жұқпалы ауруларға қатысты терминдердің түсіндірме сөздігі, Алматы, 2010, пособие;

Иммунизация на практике. Национальное руководство. Алматы, 2014 и дополненное 2-е издание, 2015 г.;

«Стандарты и алгоритмы мероприятий при инфекционных и паразитарных болезнях» в 2-х томах, Алматы, 2007, 2008, 2011 гг. Практическое руководство на рус. и каз. языках;

Стандартные определения случаев и алгоритмы мероприятий при инфекционных и паразитарных болезнях, в 2-х томах, дополненное 2-е издание на русском и казахском языках, Алматы, 2015 г., практическое руководство;

Эпидемиология и профилактика папилломавирусной инфекций, Алматы, 2014 г., монография.

Перечисленные выше учебники, руководства и другие учебные пособия используются при обучении студентов всех медвузов РК, а также Кыргызстана, Узбекистана, Таджикистана.

С.А. Амиреевым всего подготовлены и изданы: 13 учебников и практических руководств, 6 учебных пособий, 3 монографии, 6 томов литературных обзоров, 547 научных статей и тезисов, из них 35 опубликованы в изданиях дальнего зарубежья. Ему присвоено звание «Лучший преподаватель РК» 2010 года и «Лучший преподаватель КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова» 2012 года. Он был научным консультантом 11 докторских, руководителем 27 кандидатских и 13 магистерских диссертаций.

Результаты научно-педагогической деятельности были доложены на конгрессах и конференциях, организованных ведущими зарубежными странами (США, Великобритания, Германия, Турция, Израиль, Малайзия, Таиланд, Китай, Россия).

Абдуллаев А.О., Гафнер Н.В., Давис Н.А., Рахматова Х.А.,
Бадалова Н.С., Ливерко И.В., Оситова С.О.

КИШЕЧНЫЕ ПАРАЗИТОЗЫ У ЛИЦ С ХРОНИЧЕСКИМИ ОБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

Ташкент, Узбекистан

Хронические обструктивные заболевания легких (ХОБЛ) являются 4-й причиной смертности в мире. Течение ХОБЛ характеризуется неуклонным прогрессированием заболевания с чередованием стабильной фазы и обострения. Чаще всего причинами обострений являются бактериальные и вирусные респираторные инфекции. В последние годы отмечается значительное количество осложнений грибковой этиологии. Аспергиллы постоянно находятся в воздухе, структурные изменения респираторного тракта обуславливают стаз воздушного потока и колонизацию грибами просвета бронхов. Патологическому процессу способствует иммунный дисбаланс. Протективный иммунитет при бактериальных и вирусных инфекциях, а также при аспергиллезе легких (АЛ) опосредован Th1-ответом. Кишечные паразиты (КП), особенно гельминты, стимулируют Th2-ответ и, следовательно, угнетают Th1-ответ, позволяя рассматривать их как дополнительный фактор риска развития инфекционных осложнений у больных ХОБЛ. Их адекватное лечение существенно улучшает качество жизни. Особое значение имеет своевременная диагностика АЛ у больных ХОБЛ.

Целью настоящего исследования было определение зараженности больных ХОБЛ КП и оценка их возможной роли в развитии АЛ.

Обследовали 60 больных ХОБЛ (3-4 стадия) в возрасте от 33 до 74 лет. Все были госпитализированы в стадии обострения и получали антибиотики широкого спектра действия и кортикостероиды. Группа сравнения включала 200 жителей г. Ташкента, КП диагностировали методом трехкратной копроскопии, используя консервант Турдыева. Уровень IgG антител (АТ) к *Aspergillus* spp. и общего сывороточного IgE определяли с помощью иммуноферментного анализа с использованием тест-систем ООО Вектор-Бест (Новосибирск). *Aspergillus* из мокроты выделяли при ее посева на среду Сабуро. Статистическую обработку данных проводили с помощью критерия Стьюдента.

У больных ХОБЛ достоверно чаще, чем у населения, обнаруживали *Ascaris lumbricoides*: соответственно $10,0 \pm 3,8\%$ и $2,0 \pm 0,9\%$ ($P < 0,05$). Зараженность *Giardia lamblia* и *Hymenolepis nana* у больных ХОБЛ и группы сравнения не отличались: соответственно $15,0 \pm 4,6\%$ и $16,0 \pm 2,6\%$, и $1,6 \pm 1,6\%$ и $1,5 \pm 0,8\%$. Высокая интенсивность blastocистной инфекции (5-6 простейших в поле зрения) определялась только у больных ХОБЛ ($8,3 \pm 3,5\%$), в целом зараженность *Blastocystis hominis* у больных ХОБЛ была достоверно выше, чем в популяции: $52,0 \pm 3,4\%$ и $19,0 \pm 2,7\%$.

Диагностический уровень IgG АТ к *Aspergillus* spp. определялся у $16/26,6 \pm 5,7\%$ больных ХОБЛ, у 12 из них из мокроты выделены *Aspergillus* spp., преимущественно

но *A. fumigatus* и *A. niger*. В группе серопозитивных по *Aspergillus* spp. преобладали зараженные КП, доминировали *A. lumbricoides*. Достоверное повышение уровня сывороточного IgE отмечали у $18/30,0 \pm 5,9\%$, из них у $12/66,6 \pm 11,1\%$ диагностированы КП. В 6 случаях достоверное повышение IgE сочеталось с диагностическими величинами IgG АТ к *Aspergillus*. Повышенный уровень IgG АТ к *Aspergillus* и общего сывороточного IgE и выделение *Aspergillus* из мокроты ассоциировались с лихорадкой, одышкой и ухудшением функции легких. Назначение 2-месячного курса вориконазола приводило к улучшению на 3-5-й день.

Таким образом, повышенная зараженность КП, главным образом *A. lumbricoides*, больных ХОБЛ, свидетельствует об их роли в развитии осложнений, что согласуется с данными об ухудшении Th1-ответа при ХОБЛ и способностью КП угнетать его.

Абеев А.Б., Аушахметова З.Т.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ЗА КОРЬЮ В РАМКАХ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА В ГОРОДЕ АСТАНА

Астана, Республика Казахстан

В сентябре 2010 г. в резолюции, принятой европейским руководящим органом Всемирной Организации Здравоохранения, государства-члены поставили перед собой новый контрольный срок для элиминации кори и краснухи в Европейском Регионе – 2015 год. Корь продолжает оставаться серьезной проблемой здравоохранения во всем мире. Необходимость внедрения современных методов молекулярной биологии в систему эпидемиологического надзора в Казахстане не вызывает сомнений. Внедрение молекулярно-генетического мониторинга позволит осуществлять систематическое слежение за популяционной структурой вирусов с целью эффективного проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий по снижению заболеваемости и своевременного распознавания эпидемий кори.

Объектом для исследования являлись 25 образцов мочи, отобранных от больных с диагнозом «Корь?» в период с 6 по 27 неделю 2014 года. В связи с тем, что данные исследования проводились исследователями впервые, была проведена подготовительная работа по изучению литературных данных, касающихся отбора и подготовки образцов к исследованиям, методов обнаружения, очистки ПЦР продукта, секвенирования, а также глобальных баз данных штаммов кори. Кроме этого, была проведена валидация и оптимизация подбора праймеров и условий проведения полимеразной цепной реакции в классическом формате для молекулярно-генетического типирования. **В анализе использовали референтные последовательности вирусов кори, взятые из MeaNS.**

В результате проведенной работы было установлено, что все 25 штаммов вирусов кори относились к генотипу D8 подгруппы А, штаммам, подобным референс штамму MV1/Villupuram.Ind/03.07, циркулировавших в 2014 году в странах Европы и России. Кроме этого, в результате про-

веденного филогенетического анализа были установлены страны, из которых был импортирован вирус кори на территорию города Астана. А именно, 20 штаммов вируса кори, полученных от больных в период с 6 по 27 недели текущего года, на 100% были подобны штамму MVs/Chachoengsao.THA/33.13 и один штамм, изолированный на 25 неделе 2014 года, на 100% подобен штамму MVs/HongKong.CHN/10.14.

На основании полученных данных можно утверждать, что заболеваемость корью в городе Астана в 2014 году вызвана импортированными индигенными штаммами вируса кори из Таиланда (MVs/Chachoengsao.THA/33.13) и Китая (MVs/HongKong.CHN/10.14).

Абуова Г.Н., Каныбекова Т.Б., Камытбекова К.Ж.

СОВРЕМЕННАЯ СИТУАЦИЯ ПО ИНФЕКЦИОННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

г. Шымкент, Казахстан

Высокий уровень заболеваемости инфекционными болезнями в Южно-Казахстанской области представляет актуальную проблему здравоохранения региона. В структуре причин смертности инфекционные болезни по-прежнему занимают 3-е место. В ЮКО в 2013-2014г.г. наблюдался рост заболеваемости рядом инфекций: менингококковая инфекция – заболеваемость выросла с 0,37 до 1,18 на 100 тыс. населения (то есть в 3,2 раза), корь – с 0,78 до 1,74 на 100 тыс.населения (в 2,2 раза), грипп –заболеваемость выросла с 0,15 до 1,40 на 100 тыс.населения (в 9,5 раз), ИСМП – в 3 раза, острый бруцеллез – на 10,3%; ВГА – на 11,3%; ХВГС – на 8,2%. Крымская-Конго геморрагическая лихорадка – заболеваемость выросла с 0,19 до 0,30; ОВГС и паротитная инфекция – с 0,11 до 0,15; эхинококкоз – с 10,71 до 10,97 на 100 тыс. населения; сибирская язва – в 2013 году не регистрировалась, 2 случая в 2014 г.; педикулез – заболеваемость выросла с 2,63 до 2,96 на 100 тыс.населения.

В ЮКО наиболее напряженной остается обстановка по зоонозным инфекциям. Так, с 2009 по 2014 год зарегистрировано 64 случая ККГЛ, 27 случаев бешенства среди людей. Уровень заболеваемости бешенством в ЮКО является наибольшим в РК и превышает среднереспубликанский в 5-6 раз. Случаи заболевания бешенством в нашей области в основном связаны с поздним обращением укушенных лиц за антирабической помощью. Для территории Южного Казахстана эндемической является Крымская-Конго геморрагическая лихорадка. Трудности диагностики, незнание надежных средств лечения и отсутствие вакцин привели к взрывоопасному распространению инфекции вследствие ее контагиозности. Природной очаговости ККГЛ способствуют особенности географического ландшафта региона, благоприятные климатические условия и циркуляция в природе зараженных вирусом клещей. Ежегодно в ЮКО наблюдается обострение эпизоотической и эпидемиологической ситуации по ККГЛ.

Сложилась неблагоприятная эпидемическая обстановка по бруцеллезу среди людей, что наносит значительный социально-экономический ущерб. Наблюдается эволюция клиники бруцеллеза, связанная с изменением биологических свойств возбудителя, повторным инфи-

цированием, а также с увеличением заболеваемости лиц, профессионально не связанных с сельским хозяйством. Заболеваемость бруцеллезом в ЮКО за последние годы несколько снизилась (с 31,11 в 2007 г. до 17,81 в 2014 г.), но все же превышает среднереспубликанский уровень более, чем в 2,3 раза. Эпидемиологическая ситуация по сибирской язве до 2011 года оставалась относительно стабильной: не было ее регистрации в 2007, 2009, 2010 годах. В 2008 – 2 случая по области (из 10 зарегистрированных случаев в РК), 3 случая в 2011 году и 2 случая в 2014 году. Основными причинами сохранения заболеваемости сибирской язвой в ЮКО рассматриваем: наличие обсемененных почв, водоемов; несоблюдение санитарных правил убоя и низкая санитарная культура населения; отсутствие учета скота, его миграции и мест забоя; неполный охват иммунизацией сельскохозяйственных животных.

Сальмонеллез – одна из немногих бактериальных инфекций, распространение которых на современном этапе хотя и стабилизировалось, но остается высоким. На территории Южного Казахстана зарегистрированы разные серотипы сальмонелл: *S. typhimurium*, *S. choleraesuis*, *S. heidelberg*, *S. newport* и многие другие. Динамика заболеваемости сальмонеллезом такова: заболеваемость выросла с 2,12 до 2,64 на 100 тыс. населения.

Заболеваемость эхинококкозом в ЮКО держится на стабильно высоких цифрах, имеет тенденцию к росту (в 2007 г. – 10,69, в 2010 г. – 13,61, в 2011 г. – 10,7, 2012 г. – 10,43, 2013 г. – 10,69, 2014 г. – 10,97), и превышает республиканский уровень в 1,8 раз.

Таким образом, в настоящее время в ЮКО наблюдается рост заболеваемости корью, менингококковой инфекцией, гриппом, бешенством, хроническим вирусным гепатитом С, эпидемическим паротитом, педикулезом, инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи; отмечен стабильно высокий уровень регистрации бруцеллеза, Конго-крымской геморрагической лихорадки, сибирской язвы, что требует дальнейшего укрепления и совершенствования инфекционной службы и усиления высококвалифицированной стационарной помощи в регионе.

Абуова Г.Н., Оспанова З.А., Каныбекова Т.Б., Маханов Т.Б.

КОРЬ – ВОЗВРАЩАЮЩАЯСЯ ИНФЕКЦИЯ?

г. Шымкент, Казахстан

Корь – высоко контагиозное заболевание, при котором показатели летальности, особенно у детей с нарушениями питания, в некоторых развивающихся странах доходят до 10%; после коревого энцефалита, нередко развиваются остаточные явления.

Рост заболеваемости корью наблюдается во всем Европейском регионе. В 2013 году в европейских странах было зарегистрировано более 26 тыс. случаев заболевания. Крупные вспышки кори регистрировались в Грузии, Турции, на Украине, в Германии, Великобритании, Италии, Азербайджане, Нидерландах, Румынии. Несмотря на то, что в Республике Казахстан осуществляется национальная программа элиминации кори, в последние годы во многих областях страны отмечается рост заболеваемости этой инфекцией. Вспышки кори были зарегистрированы в городах Алматы, Астана, Восточно-

Казахстанской, Южно-Казахстанской, Карагандинской, Кызылординской, Жамбылской областях и других регионах. В 2014 году наблюдался рост заболеваемости корью по сравнению с 2013 годом – в 4,4 раза, а в Южно-Казахстанской области – в 2,2 раза. Последний резкий подъем заболеваемости корью в республике отмечен в 2005 году, когда было зарегистрировано 16118 случаев и показатель заболеваемости составил 105,71 на 100 тыс. населения. В Южно-Казахстанской области на тот период было зарегистрировано 611 случаев, из которых 63% составили взрослые пациенты, а показатель заболеваемости корью равнялся 27,08 на 100 тыс. населения. Неблагополучная эпидемиологическая ситуация была стабилизирована проведением массовой вакцинации населения против кори, когда было привито более 1,5 млн. человек в стране. Как следствие – отсутствие регистрации случаев кори в ЮКО в 2007, 2009 и 2010 годах, а в 2008 году – только 2 случая по области. Следующий цикл подъема заболеваемости до 2,39 на 100 тыс. в ЮКО начался в 2011 году, с общим числом заболевших 63; 40% из которых – взрослые пациенты. В 2012, 2013 годах заболеваемость держалась на цифрах 0,6 и 0,78 с последующим ростом в 2014 году до 1,74 на 100 тыс. В структуре заболевших в последние 3 года преобладают взрослые пациенты (50-62%). Отмечались случаи заболевания корью в возрасте 62 лет. Среди причин роста заболеваемости – неполный охват вакцинацией детей, негативное отношение родителей к вакцинации их детей, несоблюдение надлежащих условий «холодовой цепи» при транспортировке и хранении вакцин, что может приводить к утрате иммуногенных свойств вакцины. В условиях обострившейся эпидемической ситуации по кори проводятся следующие мероприятия: с целью снижения риска инфицирования среди детей до 1 года в республике был перенесен срок начала вакцинации против кори с 12-15 месяцев жизни на 9 месяцев жизни в областях с зарегистрированной заболеваемостью. В 2013 году в ходе проведенной недели иммунизации привито более 55 тыс. человек, не привитых в установленные сроки, в 2014 году проведена дополнительная иммунизация лиц в возрасте 15-19 лет и запланирована иммунизация лиц в возрасте 20-29 лет в 2015 году. Таким образом, в Южно-Казахстанской области, как и в целом в Республике Казахстан, наблюдается рост заболеваемости корью, с удлинением периодичности вспышек до 5-6 лет, снижением числа случаев кори среди детей и возрастанием в старших возрастных группах.

Адилханова А.Н., Мирзаева М.А.

К ВОПРОСУ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В КАРАКАЛПАКСТАНЕ

г. Алматы, Республика Казахстан

Среди кишечных инфекций диарейные заболевания занимают лидирующее место в структуре заболеваемости и смертности детей раннего возраста. По данным ВОЗ ежегодно в мире от диарейных заболеваний умирают 4-5 млн детей. Установлено что представители индигенной микрофлоры образуют биопленку на поверхности ворсинок слизистой оболочки кишечника, что препятствует её заселению условно патогенными микроорганизмами. При снижении колонизационной резистентности проис-

ходит увеличение числа спектра патогенных бактерий, возникает возможность развития инфекционного процесса.

В связи с этим изучение микробиоценоза кишечника у детей и поиск оптимальных средств направленных на коррекцию микрофлоры, профилактика дисбактериозов и связанных с ними патологий является актуальной проблемой.

Цель исследования. Выявить особенности микробиоценоза кишечника у новорожденных детей, проживающих в экологически неблагополучном регионе Каракалпакстана.

Нами изучена колонизация микрофлоры толстого кишечника у 20 практически здоровых новорожденных, проживающих в г. Нукусе на 2-3 сутки после рождения и заселение кишечника новорожденных микрофлорой на 5-7 дни. Полученные результаты показали, что при посеве мекония новорожденных на 2-3 сутки жизни у 4-х она была стерильная, а у 16 (80%) высевались лактобактерии, у 3-х (15%) – бактероиды в ассоциации с лактобактериями, к 5-7 дню жизни микробиоценоз кишечника был сформирован правильно только у 50% детей.

Микроэкологическая рациональность естественной механики родов заключается, вероятно, в почти гарантированном получении новорожденным фекальной массы матери. Асептический режим ограничивает эту возможность, не предлагая взамен других источников нормальной микрофлоры.

Выводы. 1. У новорожденных детей формирование нормальной микрофлоры кишечника происходит с дефектами качественно-количественного характера.

2. Для развития нормальной микрофлоры новорожденных необходимо проводить тщательное микробиологическое обследование матери перед родами, при необходимости провести коррекцию микрофлоры кишечника.

3. Необходимо обеспечение новорожденных, начиная с родильных домов, источниками нормальной микрофлоры (тесный контакт со здоровой матерью, использование живых бактериальных препаратов нормальной микрофлоры).

*Айнабек Г.А., Лапшова Т.И., Сагитова С.С.,
Утепбергенова Г.А., Масабаева А.Т.*

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА ГРИППОМ И ОРВИ В ШЫМКЕНТСКОЙ ГОРОДСКОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЬНИЦЕ

г. Шымкент, Республика Казахстан

В соответствии с Постановлением Главного государственного санитарного врача комитета по защите прав потребителей Министерства национальной экономики РК от 11.11.2014 г. №21 «О дальнейшем совершенствовании дозорного эпидемиологического надзора за гриппом в республике» и совместного приказа ДК МНЭ РК по ЗПП ЮКО № 204-ө от 25.11.2014 г. и приказа УЗ ЮКО № 829-ө от 28.11.2014 «О совершенствовании дозорного эпидемиологического надзора за гриппом в Южно-Казахстанской области» с 27.11.2014 г. в Шымкентской городской инфекционной больнице начали проведение дозорного эпиднадзора за гриппом и гриппоподобными заболеваниями. До начала работы были проведены обу-

чающие семинары на тему «ДЭН за ТОРИ» для врачей клиницистов, медсестер приемного покоя согласно алгоритму, при участии специалистов ДЗПП МНЭ РК по ЮКО, УЗО ЮКО, вирусологической лабораторией ЮКО ЦСЭЭ, подготовлена соответствующая учетно-отчетная документация.

За 12 недель с 27.11.14 г. по 18.02.15 г. госпитализировано с диагнозом ОРВИ 2286 больных. По возрастному составу: от 0-4 лет – 1202, 5-14 лет – 281, 15-29 лет – 526, 30-64 г. – 250, 65 и старше – 27. Диагноз: Тяжелая острая респираторная инфекция (ТОРИ) выставлен 281 больному, что составило 12,3% от всех поступивших с ОРВИ. По возрастному составу диагноз: ТОРИ выставлен от 0-4 лет – 123 (43,7%), 5-14 лет – 65 (23,1%), 15-29 лет – 59 (20,6%), 30-64 – 35 (12,4%) больным.

Из 281 больных с выставленным диагнозом: ТОРИ 134 (47,6%) были обследованы лабораторно на вирус гриппа. В результате исследования в 32 случаях (24%) обнаружен вирус гриппа. Подтип вируса гриппа А3 (H3N2) выделен у 28 (87,5%), подтип вируса В – у 4 (12,5%) больных. В ноябре – декабре в образцах смывов из носоглотки выделялся только тип вируса гриппа А3, с 19.01.2015 г. выделялся как подтип вируса гриппа А3 (H3N2), так и подтип вируса В. Из 134 больных с подтвержденным диагнозом: Грипп детей было – 21 (66%), взрослых – 11 (34%); лиц мужского пола – 11, женского пола – 21; одна беременная женщина (беременность 14-15 недель). Ребенок 2х лет получил вакцинацию против гриппа в октябре 2014 г., заболел 27.01.15 г. Другие пациенты, выделившие вирус гриппа вакцинированы не были. В эпидемическом сезоне 2013-2014 г. по ШГИБ было обследовано на вирус гриппа 39 больных, что в 3,4 раза меньше, чем в 2014-2015 г., у 13 больных (33%) выделялся вирус гриппа.

Выводы: 1. Особенностью текущего эпидемиологического сезона явилось преобладание в 87,5% циркуляции вируса гриппа А3. 2. Переход с рутинного на дозорный эпидемиологический надзор позволяет более целенаправленно выявлять случаи ТОРИ, контролировать эпидемиологическую ситуацию и увеличить число обследованных больных на вирус гриппа. 3. Дозорный эпидемиологический надзор устранил значительный пробел в мониторинге ситуации с гриппом, главным образом благодаря тому, что позволил установить более четкую связь между вирусологическими и эпидемиологическими данными. 4. Лабораторный мониторинг за циркулирующими респираторными вирусами обеспечивают оперативное реагирование на эпидемическую ситуацию и снижению экономического ущерба от ежегодных эпидемий гриппа и смертности.

*Аитов К.А., Боброва Н.К., Бурданова Т.М.,
Лемешевская М.В., Макарова С.В., Серых. Л.Н.,
Передельская Г.И.*

СЛУЧАЙ СМЕШАННОГО ТЕЧЕНИЯ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ А И Е В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

г. Иркутск, Россия

Мы наблюдали случай сочетанного течения вирусных гепатитов А и Е в виде коинфекции. Больная В., 28 лет, поступила в Иркутскую областную инфекционную клиническую больницу (ИОИКБ) 8.02.2009 г. с жалобами

на общую слабость, тяжесть в эпигастральной области, отсутствие аппетита, желтушность склер, кожи, темную мочу, обесцвеченный кал, повышение температуры.

Из анамнеза больной выяснено, что заболела 31.01.2009 г., когда появились слабость, тяжесть в эпигастрии, плохой аппетит, тошнота, рвота, боли в крупных суставах. Повысилась температура до 38,8 °С, которая держалась в течение 4 дней. На 6-й день болезни пациентка заметила темную мочу, обесцвеченный кал, желтушность склер. Обратилась врачу скорой помощи и была доставлена в Иркутскую областную инфекционную клинику в г. Иркутске.

Из эпидемиологического анамнеза выяснен контакт с больным ВГА. Употребляет сырой воды из-под крана, фрукты и овощи покупает на рынке. В эндемичные страны по вирусному гепатиту Е не выезжала.

При поступлении состояние больной средней тяжести, сознание ясное, отмечает вялость. Склеры иктеричные, на коже желтушность умеренно выраженная. Со стороны сердца и легких без патологии. При пальпации живота отмечает болезненность в правом подреберье, печень пальпируется на 4 см ниже края реберной дуги, край острый, эластичный. Селезенка не пальпируется. Моча темная. Кал оформленный, обесцвечен. Заболевание протекало с выраженными симптомами интоксикации, которые стали уменьшаться с 17 дня болезни (9-й-день пребывания в стационаре) на фоне дезинтоксикационной терапии. Желтуха и гиперферментемия сохранялись до 34-го дня и печень сократилась на 25-й день болезни.

Лабораторные данные при поступлении: ОАК: L – $11,8 \times 10^9$ /л, Э – 2%, П – 3%, С – 66%, Л – 23%, СОЭ – 13 мм/час. Билирубин общий – 169,2 (прямой – 148,0 не прямой – 21,2) мкмоль/л, АЛТ – 1236 Е/Л, АСТ – 409 Е/Л, тимоловая проба – 14,5 ед, сулемовая проба – 2,0 мл, ГГТ – 238 Е/Л. Методом ИФА выявлены маркеры ВГА (анти-NAV IgM+) и ВГЕ (анти-HEV IgM+). Больная выписана из стационара в удовлетворительном состоянии на 41й день болезни под наблюдение инфекциониста по месту жительства.

Таким образом, данный пример показывает, что при сочетании двух энтеральных вирусных гепатитов болезнь протекает более тяжело и длительно.

Аитов К.А., Малов С.И., Даваахуу Б.

К ХАРАКТЕРИСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С

г. Иркутск, Россия; Улан-Батор, Монголия

Под наблюдением находилось 60 больных с ХВГС, обследованных и пролеченных в Иркутской областной инфекционной клинической больнице в 2010-2014 гг. Кроме того, было проанализировано истории болезни 28 пациентов с ХВГС, наблюдавшихся и пролеченных в Монгольском национальном центре по исследованию инфекционных болезней. Среди наблюдавшихся больных женщин было: в Монголии – 20 (71,4%), в Иркутске – 35 (60,0%) и мужчин: в Монголии 8 (29,6%), в Иркутске – 24 (40,0%) человека в возрасте от 14-65 лет. Наиболее уязвимым возрастом для ХВГС как в Монголии, так и в Иркутске оказался возраст 20-31 лет (40,0 и 44,5% соответственно), с преобладанием в Монголии числа женщин и в Иркутске – мужчин ($p < 0,05$). В возрастной группе старше 31 года заболеваемость ХВГС составляет пример-

но одинаковый уровень и среди лиц от 60 и старше лет ХВГС встречается достоверно редко – 1,6% ($p < 0,01$). Эта тенденция характерна и для Монголии. Среди пациентов старше 31 года, в возрастной группе 40-60 лет по половым признакам достоверной разницы в обеих группах не отмечено ($p > 0,05$), что указывает на одинаковую восприимчивость к данной инфекции лиц обоего пола.

Ведущим фактором передачи инфекции при ХВГС в Иркутской области является внутривенное введение наркотических веществ (61,8%), а в Монголии медицинские манипуляции (49,5%) и половой контакт (28,4%), пирсинг и татуаж (13%). В 10% случаев в Монголии путь заражения выявить не удалось. При этом здесь отсутствует инъекционный путь передачи инфекции (нет инъекционной наркомании). В Иркутске на втором месте оказался половой путь передачи инфекции (20%) и на третьем месте – травмы и операции (6,6%). В 3,3% случаев причиной заражения были пирсинг и нанесение татуировок.

При поступлении в стационар, как в Монголии, так и в Иркутске основными жалобами были: общая слабость (90%), тошнота (63,3%), рвота (15%), чувство тяжести в правом подреберье (62,8%), снижение аппетита (63,3%), иктеричность кожи (68,3%), и склер (78,3%), потемнение мочи (80%), обесцвеченный кал (8,3%), повышение температуры тела (6,7%), зуд кожи (8,3%). Выраженная желтуха отмечалась лишь у пациентов с обострением ХВГС (32,2%). У 46,6% больных отмечалась гепатомегалия, в 25% случаев гепатоспленомегалия и в 21,3% – только спленомегалия. В большинстве случаев у пациентов имелись диффузные изменения в печени по УЗИ.

Лабораторно установлено существенное изменение уровня печеночных сывороточных ферментов. Так, при поступлении отмечено значительное повышение содержания АЛТ и АСТ (1233,9 ± 106,3 и 699,8 ± 71,8 ЕД/л соответственно) с тенденцией достоверного снижения перед выпиской ($p < 0,001$), но до уровня нормы не достигали. Показатели АЛТ и АСТ ярко демонстрируют ведущую роль этих ферментов в патогенезе ХВГС.

Таким образом, ХВГС является распространенной инфекцией на территории Иркутской области, так и Монголии и регистрируется в основном среди молодых людей в возрасте 20-35 лет. Высокая заболеваемость отмечается среди безработных, студентов и учащихся. Ведущим путем передачи при ХВГС на территории Иркутской области является парентеральный путь, регистрируемый преимущественно среди инъекционных наркоманов. В Монголии ведущим путем передачи инфекции является парентеральные медицинские манипуляции, при отсутствии в стране парентеральной наркомании.

Аитов К.А., Шарифулина Н.Л., Пунцаг У., Оюнбэлэг Б., Макарова С.В., Кузьмин А.А.

ВЫСОКОАКТИВНАЯ АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ И ЛЕТАЛЬНОСТЬ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ В СТАДИИ СПИД

Улан-Батор, Монголия; г. Иркутск, Россия

Проведен анализ 138 историй болезни больных, умерших от ВИЧ-инфекции в стадии СПИД, находившихся на лечении в отделении интенсивной терапии и реанимации Иркутской областной инфекционной клинической больницы (ИОИКБ) в период с 2009 по 2012 гг.

Анализ историй болезни больных, проходивших лечение и умерших в ИОИКБ, показал, что в эпидемический процесс ВИЧ-инфекции вовлечена вполне определенная группа людей, имеющая в анамнезе парентеральное (внутривенное) употребление наркотических веществ, в основном, героина. Средний стаж парентерального употребления наркотических средств составил от 8,0 ± 0,45 лет в 2009 году до 10,6 ± 0,21 лет в 2012 году.

Анализ эпидемиологического анамнеза показал, что в последние 4 года число заразившихся ВИЧ на территории Иркутской области парентеральным путем имела тенденцию к снижению ($p < 0,05$) за счет увеличения числа больных, заразившихся половым путем.

Средний возраст умерших в 2009 году составил 30,4 ± 1,2 лет, в 2010 году – 30,7 ± 1,0, в 2011 году – 29,0 ± 1,2 и в 2012 году – 33,0 ± 1,1 лет без достоверного различия по годам ($p > 0,05$). Соотношение мужского и женского пола также не выявило значимой тенденции к изменению. Так в 2009-2010 и 2011-2012 годах доля мужского пола в структуре смертности соответственно составляла 72,7 и 66,7% ($p > 0,05$).

Анализ сроков наступления летального исхода от момента установления диагноза ВИЧ-инфекции показал, что имеется явная тенденция к удлинению срока выживаемости пациентов. Так, если длительность течения ВИЧ-инфекции в 2009 году составила 5,8 ± 0,55 лет, то уже в 2012 году этот показатель составил 8,2 ± 0,5 лет ($p < 0,001$).

Длительность среднего койко-дня, проведенного ВИЧ-инфицированными пациентами в стационаре с момента поступления до момента наступления летального исхода, также имеет тенденцию к ежегодному увеличению. Так, если средний койко-день в 2009 году составил 8,59 ± 2,39 дней, то в 2012 году этот показатель увеличился до 25,09 ± 1,78 дней ($p < 0,001$).

Анализ профессиональной принадлежности умерших в стадии СПИД показал, что в большинстве случаев летальный исход наступал у асоциальных лиц, причем по годам данная тенденция сохранялась (68-70%). Относительно низкая смертность отмечена в группах студентов, учащихся и прочих категорий пациентов (2-5-4,0%).

Таким образом, в Иркутской области отмечается тенденция к удлинению сроков наступления летального исхода ВИЧ-инфекции в стадии СПИД, что обусловлено ростом приверженности и увеличением числа лиц, получающих ВААРТ.

Алекшеева Л.Ж., Амиреев С.А.

СТАНДАРТНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СЛУЧАЯ И АЛГОРИТМЫ МЕРОПРИЯТИЙ – КАК ИННОВАЦИОННЫЙ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЕМ В ПРЕПОДАВАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПАЗАРИТОЛОГИИ

г. Алматы, Республика Казахстан

Профессиональная деятельность эпидемиолога всегда сопряжена с поиском ответов на вопросы – «кто», «где», «когда», «почему», «как» заболел конкретный человек или группа людей и «что делать», «как делать», «что изменилось» и «каков прогноз», чтобы предотвратить возникновение той или иной патологии. Методологические подходы и приемы дают возможность найти ответы на поставленные вопросы. К таким приемам можно отнести

стандартные определения случая и алгоритмы действий при проведении профилактических и противоэпидемических мероприятиях, алгоритм эпиднадзора, в частности, за паразитарными болезнями.

Стандартные определения случаев паразитарных болезней, регистрируемых в Республике Казахстан, были разработаны профессором Амиревым С.А. и как педагогический прием успешно применяются в учебном процессе кафедры эпидемиологии КазНМУ. Подход стандартизации следует рассматривать как унифицированную систему регистрации, учета и отчетности, служащей основой для проведения эпидемиологического надзора, составления алгоритмов действий/мероприятий при проведении эпидобследования очага, расследований вспышек, проведении эпидемиологических исследований и, наконец, при организации борьбы, лечения и профилактики паразитарных болезней Республики Казахстан. На аудиторных занятиях подробно разбирается структура стандартного определения случая, куда входят клинические критерии (симптомы и объективные проявления, обусловленные патофизиологией заболевания); лабораторные критерии (наиболее значимые тесты); эпидемиологические критерии (эпидемиологические предпосылки, данные эпидемиологического анамнеза, эпидемиологическая связь данного случая с другим подобным подтвержденным случаем и т.д.). Свод клинических, лабораторных и эпидемиологических данных позволяет обучаемому (студенту магистранту, PhD-докторанту) принять решение о случае/неслучае паразитарного заболевания, выработать тактику дальнейших действий по локализации и ликвидации эпидемического очага, предпринять меры по предупреждению и возникновению новых очагов. Случаи заболеваний классифицируются как предположение на случай - заболевание с наличием одного или более типичных клинических симптомов, имеющего один или несколько эпидемиологических признаков без лабораторного подтверждения; вероятный случай - заболевание, соответствующее определению предположения на случай, наличие дополнительных эпидемиологических данных или положительного результата предварительных тестов; подтвержденный случай-заболевание, соответствующее определению вероятный случай и имеющее лабораторные подтверждения.

Латинизированное имя аль-Хорезми дало миру новое слово «алгоритм», имеющее сегодня смысл как «правила выполнения каких-либо действий». Применение разработанных алгоритмов действий проведения противоэпидемических и профилактических мероприятий позволяют преподавателю схематично и более наглядно представлять материал при изучении медицинской паразитологии, способствуют формированию знаний, упорядочивания и систематизации действий и умений обучающегося в принятии управленческих решений.

Стандартные определения случаев паразитарных болезней и алгоритмы действий при проведении противоэпидемических и профилактических мероприятий применяются в учебном процессе и как показала практика, дают возможность преподавателю представлять информацию в нетрадиционной форме, что вызывает интерес у обучаемых.

Алекшеева Л.Ж., Амиреев С., Нажмеденова А.Г.

РАЗРАБОТКА И ВНЕДРЕНИЕ В УЧЕБНЫЙ ПРОЦЕСС НОВОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ПО БИОБЕЗОПАСНОСТИ И БИОЗАЩИТЕ

г. Алматы, Республика Казахстан

Вопросы биологической безопасности, как составляющей системы безопасности в целом, уже давно вышли за рамки интересов относительно узкого круга учёных и приобрели статус проблемы национального и международного уровней. В ней выделяют два аспекта: естественный (природный) и антропогенный.

Первый аспект определяется циркуляцией возбудителей в природе, их способностью адаптироваться к изменяющимся условиям внешней среды, образованием новых патогенов. Второй аспект связан с непосредственной деятельностью человека по изменению и использованию микроорганизмов в разных целях, антропогенными рисками, развитию биотехнологии и новыми достижениями в медицине, которые привели к возникновению угроз, связанных с ними.

Осознание глобальности проблемы биологической опасности выдвигает перед специалистами самых различных областей науки и практической деятельности, обществом в целом задачу обеспечения жизнедеятельности человека в нынешних условиях. В связи с требованиями времени и актуальностью проблемы была разработана и внедрена в учебный процесс кафедры эпидемиологии специальная образовательная программа по биологической безопасности и биологической защите. С 2012-2013 учебного года элективную дисциплину «Основы биобезопасности и биозащиты» начали изучать магистранты 1, 2 курсов по специальности 6М110100 – Медицина в объеме 150 часов, затем с 2013-2014 учебного году – интерны 6, 7 курсов по специальности «Общая медицина» направление подготовки «Гигиена и эпидемиология» в объеме 180 часов, а уже в 2014-15 учебном году ее изучают и магистранты 2 курса по специальности 6М110500 – Медико-профилактическое дело. В контексте дальнейшего углубления и расширения уровня подготовки в вопросах биобезопасности и биозащиты от особо опасных инфекций был специально разработан и уже внедрен в учебный процесс интегрированный элективный курс совместно с кафедрой инфекционных болезней и Центром коллективного пользования НИИ фундаментальной и прикладной медицины Казахского Национального медицинского университета. Задачей образовательной программы явилось углубление и расширение информационной подготовки, компетентности по отдельным вопросам биобезопасности и биозащиты, основам биологической этики, спектру биологических рисков, процессу их управления и др. Были организованы циклы лекций с привлечением специалистов Национального Центра карантинных и зоонозных инфекций. В процессе подготовки обучающихся нами применяются основные принципы Модели медицинского образования в КазНМУ, ориентированные на формирование у обучающихся 5 компетенций, позволяющие значительно повысить эффективность подготовки обучающихся, развитие личности, культуры мышления, аналитической рефлексии, самостоятельности и ответственности за принятие решений. На занятиях используются традиционные и интерактивные методы

преподавания, тестовые и ситуационные задания разных типов, мозговой штурм, глоссарий, кроссворды и др. Разработанная и внедренная в учебный процесс новая образовательная программа по биологической безопасности и биологической защите является актуальной, своевременной и привлекательной для обучающихся. Надеемся, что полученные специфические знания они смогут применить в своей дальнейшей профессиональной деятельности.

Алекшеева Л.Ж., Сергиев В.П., Амиреев С.

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ ПРЕПОДАВАНИЯ ПАРАЗИТАРНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЧЕЛОВЕКА НА КАФЕДРЕ ЭПИДЕМИОЛОГИИ КАЗНМУ

г. Алматы, Республика Казахстан, Москва, Россия

Паразитарные болезни являются серьезной проблемой и встречаются практически во всех странах мира. Актуальными для Казахстана являются эхинококкоз, описторхоз, аскаридоз, энтеробиоз, гименолепидоз, трихинеллез, некоторые паразитарные болезни могут быть завезены в нашу страну. Распространение ВИЧ-инфекции, широкое применение иммуносупрессивных препаратов приводит к росту заболеваемости, на фоне системных паразитозов отмечается снижение иммунного ответа на вакцинацию, некоторые из них вызывают опухоли. В этой связи пропаганда знаний в области паразитологии имеет решающее значение в борьбе и профилактике и для ее проведения нужны грамотные специалисты.

Учитывая важность проблемы и необходимость более углубленного подхода к ее изучению на кафедре эпидемиологии Казахского Национального медицинского университета разработана и внедрена элективная дисциплина «Актуальные для Республики Казахстан гельминтозы», которая изучается магистрантами 1, 2 курсов специальностей «Медицина» и «Медико-профилактическое дело».

Образовательный процесс в КазНМУ базируется на компетентностно-ориентированном подходе. На смену знаний, умений и навыков пришло понятие «компетентности», в переводе означающий надлежащий, способный. Как показала практика, этот инструмент позволяет значительно повысить эффективность подготовки обучающихся и ориентировано на развитие личности, культуры мышления, аналитической рефлексии, самостоятельности и ответственности за принятие решений. В Университете приняты 5 ключевых компетенций: когнитивная (знание), операциональная (умение, навыки), коммуникативная и правовая компетентности умение саморазвиваться и постоянно самосовершенствоваться.

В 2014-2015 учебном году академик Российской академии наук, профессор Сергиев В.П. (по приглашению профессора Амиреева С.А.) подготовил специальную образовательную программу по медицинской паразитологии. Программа предназначена для студентов старших курсов, интернов, магистрантов, PhD-докторантов, специалистов-паразитологов. В рамках программы на кафедре эпидемиологии Университета был прочитан курс лекций, проведены круглые столы, тренинги, семинары, которые сопровождались видеоматериалами, видеопрезентациями, снятыми лично автором. Тематика программы освещала вопросы протозойных инвазий, гельминто-

зов, в т.ч. тропических, угрозы их завоза, международные программы борьбы с паразитарными болезнями и новые направления научных исследований. На сегодняшний день информационный материал уже используется в учебном процессе кафедры. Нужно отметить, что в процессе подготовки обучающихся применяются инновационные подходы. Они предполагают введение новшеств в цели, методы, содержание и формы обучения, благодаря им происходит эффективное усвоение знаний, приобретение практических и коммуникативных навыков. По педагогическому подходу и применяемым приемам вышеописанную программу можно отнести к инновационному методу «Обучение на основе опыта».

Стандартное определение случая и алгоритмы действий при проведении профилактических и противоэпидемических мероприятий как инновационный методологический прием применяются в преподавании медицинской паразитологии. Такая форма представления материала вызывает интерес у обучаемых, формирует у них умения упорядочивания и систематизации действий.

В педагогических приемах используются ИТ-методы обучения, позволяющие расширить информационное поле, повысить скорость обработки и передачи информации, ее структурирование и преобразование во все 5 компетенций. Мультимедиа-технологии решают вопросы информатизации учебного процесса, обогащают его, делая его более эффективным и привлекательным для обучающихся. При этом в процесс восприятия учебной информации вовлекается большинство чувственных компонентов обучаемого. Работа в команде в виде деловой или ролевой игры часто используется на практических занятиях. Конечной задачей этих методов является овладение знаниями, формирование навыков каждого из участников. Благодаря увеличению часов самостоятельной работы магистрантов, все большее количество информации он добывает и анализирует самостоятельно или самостоятельно с участием преподавателя, что в конечном итоге формирует его компетенцию «Саморазвитие». Инновационный педагогический подход в виде опережающей самостоятельной работы магистрантов предполагает изучение нового материала до его изложения преподавателем и проводится под его руководством. Поисковый метод, используемый на занятиях, развивает творческую изобретательность. Обучаемому предлагается собрать необходимый материал, провести статистическую обработку результатов исследования, сформулировать новизну полученных результатов, оформить исследование в виде доклада, и пройти «процедуру защиты» основных положений и результатов исследования перед специальным экспертным советом, который может состоять из преподавателей и магистрантов. Метод малых групп используется для решения какой-либо практически направленной учебной задачи и ее реализация требует постановки заданий высокого уровня проблемности, а также предоставления малым группам полной самостоятельности в поисковой деятельности. В процессе подготовки также используются решения тестовых заданий разных типов (открытые, закрытые и др.), ситуационные задачи, мозговой штурм, глоссарий, кроссворды.

Таким образом, инновационные подходы преподавания разработаны в контексте Модели медицинского образования КазНМУ, некоторые из применяемых методов специально спроектированы, некоторые появились

благодаря педагогической инициативе и нашли свое применение не только на уровне подготовки магистрантов, но и на уровне бакалавриата, интернатуры и PhD-докторантуры.

Али.мханова К.Н., Жакипбаева Б.Т., Амиреев С.А.

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА СТУДЕНТОВ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ПРЕДМЕТА «ЭПИДЕМИОЛОГИЯ» В АСПЕКТЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ И ИННОВАЦИИ

г. Алматы, Казахстан

Основой кредитной технологии обучения в медицинском образовании Казахстана является компетентностный подход, служащий средством обновления содержания общемедицинского образования, а также механизмом приведения его в соответствие с международными стандартами.

Одной из основных задач организации учебного процесса при кредитной технологии обучения в КазНМУ является усиление роли и эффективности самостоятельной работы обучающихся. Реализация данной задачи на кафедре эпидемиологии осуществляется путем применения в учебном процессе инновационных методов обучения, как при проведении аудиторных, так и вне аудиторных занятий, при выполнении студентами самостоятельной работы.

При изучении предмета «эпидемиология» наиболее важным и значимым для будущего специалиста по медико-профилактическому делу является раздел «Эпидемиологический анализ». Его изучению раньше отводилась значительная часть учебного времени, в течение которого студенты могли подготовить и защитить Курсовую работу. Но на сегодняшний день, в связи с новым ГОСО количество учебных часов существенно сократилось, выполнить курсовую работу в полном объеме в течение отведенных аудиторных часов сложно.

В связи с этим необходимо было разработать и внедрить в учебный процесс наиболее эффективное учебное средство для повышения качества освоения данного раздела, организации активной самостоятельной работы студентов. Для этого на кафедре эпидемиологии нами было разработано учебно-методическое пособие «Рабочая тетрадь по ретроспективному эпидемиологическому анализу инфекционной заболеваемости», для студентов 5 курса специальностей медико-профилактическое дело и общественное здравоохранение. При создании рабочей тетради были использованы изданные ранее и многократно апробированные в учебном процессе учебные пособия и учебно-методические разработки по данной теме. Такой вариант самостоятельной работы позволяет выработать у студентов логическое мышление, повысить мотивацию к изучению дисциплины, закрепить практические умения и навыки и, в конечном счете, помогает лучшему запоминанию и усвоению учебного материала.

В структуру заданий, включенных в рабочие тетради, заложено поэтапное решение логических задач. Данная структура заданий разработана на основе программы дисциплины, требований к результатам освоения основной образовательной программы, имеющихся на данный момент современных учебников и учебных пособий. В пособии представлены реальные статистические данные

по инфекционной заболеваемости и численности населения в целом по РК, в разрезе областей и населенных пунктов, взятые за последние годы из официальных источников, необходимые для выполнения всех разделов РЭА. Объединение различных статистических материалов в рабочих тетрадях способствует обобщению представления студентов о наиболее важных вопросах эпидемиологического анализа и приводит к оптимальной организации их самостоятельной аудиторной и внеаудиторной работы. Студентам предоставляются рабочие тетради, как в печатном виде, так и в электронном файле с таблицами статистических данных для облегчения вычислений в программе Excel.

Таким образом, применение в учебном процессе рабочих тетрадей позволило нам более рационально и эффективно использовать аудиторные часы, уделяя больше внимания интерпретации полученных данных, формулировке заключения и практических рекомендаций. Тогда как основной объем вычислений, поиск и анализ литературных источников студенты проводили самостоятельно во внеаудиторное время. Важным результатом применения рабочей тетради явилось повышение творческой активности студентов и более эффективный контроль усвоения материала.

Амиреев С., Ералиева Л.Т.

СЕГОДНЯШНИЕ ПРИОРИТЕТЫ, УПУЩЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЗАЩИТЫ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОТ ИММУНОУПРАВЛЯЕМЫХ ИНФЕКЦИЙ: СТРАТЕГИЯ ВНЕДРЕНИЯ НОВЫХ ВАКЦИН, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРОБЛЕМЫ И МЕТОДОЛОГИЯ ИХ РЕШЕНИЯ

г. Алматы, Республика Казахстан

Снижение заболеваемости и смертности детского населения остается одним из приоритетов государственной политики Республики Казахстан, которая отражена в Государственной программе развития здравоохранения на 2011-2015 годы «Саламатты Қазақстан», утвержденной Указом Президента РК 29.11.2011 №1113. Такая политика созвучна подписанного лидерами 190 членов ООН, в том числе главой нашей республики, важного документа – «Декларации тысячелетия» в области развития, где одной из восьми целей предусмотрено снижение на 2/3 смертности детей в возрасте до 5 лет до 2015г. В данном документе ведущая роль отведена плановой бесплатной вакцинации в качестве усилий по достижению поставленной задачи.

Официальная мировая статистика убедительно показывает, что большинство детских инфекционных болезней в довакцинальном периоде явились основной причиной высокой смертности. Приведем несколько примеров: до 20% смертельных исходов в возрасте до 5 лет были связаны с дифтерией в довакцинальном периоде. В самом благополучном Европейском регионе от управляемых вакцинопрофилактикой инфекций ежегодно умирают около 32000 детей младшего возраста. В 2003г. только корью заболело более 100000 детей, погибло 5000. Около 2,5 млн. случаев врожденных уродств в мире было обусловлено перенесенной матерью краснухой в довакцинальном периоде. Полиомиелит был признан болез-

нию угрожающей национальной безопасности, во многих странах пока не были разработаны и широко использованы эффективные вакцины. Ко времени принятия программы глобальной ликвидации этой инфекции возбудитель полиомиелита продолжал циркулировать в 125 странах, где ежегодно заболело 350 тысяч человек. В настоящее время человечество близко к полной эрадикации (ликвидации) полиомиелита на земном шаре к 2018 году. К настоящему моменту только 4 страны считаются эпидемичными по полиомиелиту (Нигерия, Индия, Пакистан, Афганистан).

Осуществленная широкомасштабная иммунизация, рекомендованная ВОЗ по расширенной программе иммунизации детей с 1974г, стала переломным моментом, по резкому снижению заболеваемости и смертности детей от вакциноуправляемых инфекций. Так, заболеваемость дифтерией практически отсутствует на Американском континенте, в Европе, среди стран СНГ, включая и Республику Казахстан. Европейское региональное бюро ВОЗ объявило о возможности элиминации кори и краснухи. Происходит отчетливая тенденция снижения заболеваемости вирусным гепатитом В среди детей после начала плановой вакцинации. Данную инфекцию можно отнести в перспективе к одной из реально элиминируемых в будущем.

Вместе с тем имеются определенные упущенные возможности в плане максимального охвата иммунизацией (не менее 95%) подлежащего контингента. Этот процесс усугубляется отказом от плановой прививки, и тем самым накапливается неиммунный контингент («горючий материал»). Немалую лепту в отказ от вакцинации вносят антивакцинально настроенные части населения, как правило, далекие от медицины, что становится одной из актуальных проблем современной вакцинологии.

Между тем в настоящее время в Республике Казахстан имеются хорошие перспективы по эффективному влиянию на заболеваемость и смертность детей раннего возраста. Так, в республике с 2010 года впервые среди стран СНГ внедрили в Национальный календарь прививок конъюгированную 13-ти валентную пневмококковую вакцину. Предварительный анализ профилактической вакцинации детей раннего возраста показал снижение в зависимости от региона заболеваемости от 37,1 до 52,4% и смертности свыше 20%. На 01.01.2015г. смертность детей в республике снизилась до 10,0 на 1000 живорожденного ребенка, что ниже запланированного индикаторного показателя по Государственной программе «Саламатты Казахстан» на 2011-2015гг. Анализ также показал некоторые трудности в отдельных регионах республики, возникшие вследствие приостановки партии поступления вакцины. Существует также недопонимание схемы применения, в частности из вакцинации исключаются пациенты, не соответствующие указанным в календаре возрастам, что требует дополнительного разъяснения.

Для минимизации возможного негативного влияния временного прекращения вакцинации предлагается принять к исполнению следующий комплекс мер: 1. В каждом регионе необходимо составить официальные списки пациентов, которым не были сделаны прививки по причине сложившейся ситуации. Сразу же после возобновления возможности для продолжения вакцинации, необходимо

провести «догоняющую» прививку, согласно составленному списку. Приоритет следует отдавать пациентам, подлежащим ревакцинации. 2. Правила «догоняющей» вакцинации в зависимости от возраста, в котором была пропущена очередная доза вакцины необходимо: первая доза вводится в возрасте 6 недель; рекомендуемый интервал между дозами – от первой и второй прививкой - до 8 недель; третья доза (ревакцинация) – приблизительно в возрасте 12-15 мес., минимальный интервал после второй дозы – 2 мес.

График вакцинации детей, ранее не привитых, в возрасте от 7 месяцев до 5 лет (до 6-го дня рождения): 7-11 месяцев – 3 дозы: 12-23 месяца – 2 дозы: от ≥ 24 месяцев до 5 лет – 1 доза. Вне зависимости от того, был ли превышен рекомендуемый для прививки возраст или нет, пациенты внесенные в списки, должны получить вакцинацию Превенар-13. Несколько примеров: А. Ребенок, 4 мес., на момент получения 1-ой дозы из серии вакцинации переболел ОРВИ с фебрильной температурой (медицинский отвод). В дальнейшем ребенка не привели на прививку. На момент осмотра противопоказаний к вакцинации нет. Рекомендация: 1-я прививка в 4 мес., 2-я – в 6 мес. (интервал 8 нед.) ревакцинация – в 12 мес. Б. Ребенок, 9 мес., в силу разных причин не был охвачен прививками против пневмококковой инфекции. Противопоказаний нет. Рекомендация: 1-я доза в 9 мес., 2-я в 10 мес. (интервал 4 нед.). Ревакцинация – в 12 мес. (интервал после 2-дозы -2 мес.). В. Ребенок, 11 мес. получил 1-ю прививку вовремя, далее, в связи с отсутствием вакцины, не привит. Противопоказаний - нет. Рекомендация: – 2-я прививка в 11 мес., ревакцинация в 13 мес. (интервал – 2 мес.).

Еще одним резервом снижения ранней детской смертности является включение в Национальный календарь профилактических прививок вакцин против ротавирусной инфекции (РВИ). Нами подготовлено научное обоснование необходимости защиты детей от ротавирусной инфекции, занимающее одно из ведущих мест, в том числе и как инфекция, связанная с оказанием медицинской помощи (ИСМП). Опасность ротавирусной инфекции заключается в отсутствии специфического лечения, поражении детей раннего возраста (грудные дети), высоком уровне летальности из-за сильной дегидратации по сравнению с другими ОКИ. В Республике Казахстан зарегистрированы 2 типа вакцин: ротарикс – моновалентная живая ослабленная и ротатек – пентавалентная живая. По данным Шаханиной И.Л (2011) суммарные потери, связанные с ОКИ, из которых 50% и более приходится на ротавирусный энтерит в РФ, составляют более 35 млрд. рублей.

Заключение. Вакцинопрофилактика – это одна из самых эффективных и экономически целесообразных мер медицинского вмешательства, существующих в настоящее время. Ее следует рассматривать не только как расходы, но и как инвестицию в систему здравоохранения, обеспечивающую сохранение и укрепление здоровья населения и способствующую росту демографических показателей и экономическому развитию страны.

Амиреев С., Куатбаева А.М., Саттаров А.И.

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ НАЦИОНАЛЬНОГО
КАЛЕНДАРЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**

г. Алматы, Республики Казахстан

Разработки, совершенствования и рекомендации для практического применения вакцинных препаратов происходят постоянно. В этой связи периодический пересмотр и обновление Национального календаря прививок считается вполне закономерным и динамичным процессом. При этом Национальные календари прививок разных стран имеют отличительные особенности, обусловленные эпидемиологической ситуацией, планами элиминации той или иной инфекции, финансовыми ресурсами, социальной и государственной политикой в области обеспечения эпидемиологического благополучия населения. Процесс совершенствования Национального календаря, как правило, учитывает следующие аспекты: передовые инновационные технологии; внедрение в практику новых и безопасных вакцин; адаптированности программ иммунизации, в т.ч. коммуникационных стратегий, направленных на противодействие антивакцинационным воззрениям и создание доверия населения к новым программам иммунизации, включая схемы, методы и последовательность прививок; использование комбинированных препаратов для уменьшения инъекционной нагрузки и повышения охвата вакцинацией. Все эти и другие аспекты совершенствования календаря прививок базируются, прежде всего, на рекомендациях соответствующих комитетов ВОЗ по иммунизации, международному опыту применения новых препаратов и Национального консультативного комитета по иммунизации каждой страны (В РК он создан Приказом МЗ РК 27.02.2012 г. № 116).

Национальный календарь прививок РК считается нормативным правовым актом, устанавливающим сроки и порядок проведения прививок гражданам. Он является официальным документом первостепенной важности по обеспечению эпидемиологического благополучия населения и государственной безопасности страны. Любому изменению, дополнению или пересмотру Национального календаря прививок предшествует тщательное обсуждение и только после этого утверждается Постановлением Правительства Республики (№ 2295 от 30.12. 2009г. с изменениями и дополнениями от 12.02.2013 г. № 119).

Национальным календарем профилактических прививок в Казахстане предусмотрены прививки против 19 инфекций, из которых 11 педиатрические. Финансирование за счет республиканского бюджета осуществляется против 15 нозологических форм инфекций и 4 за счет регионального бюджета.

Отличительной особенностью обновленного календаря прививок является включение комбинированной вакцины, в составе которой имеются бесклеточный коклюшный компонент (АБКДС), инактивированная полиомиелитная вакцина, против гемофильной инфекции и ВГВ. С 2010 г. в РК поэтапно внедрена плановая иммунизация детей раннего возраста против пневмококковой инфекции 13-валентной вакциной Превенар-13. В новом календаре отменена дополнительная (третья) ревакцинация подростков против дифтерии АД-М препаратом в 12 лет, а прививки подростков в 16 лет и взрослых каждые 10

лет проводится АДС-М препаратом.

Таким образом, Национальный календарь прививок Республики Казахстан считаем сбалансированным, адаптированным к сегодняшним реалиям вакциноуправляемых инфекций.

*Амиреев С.А., Кусаинова А.Ж., Жайыкбаев Н.Ж.,
Жакан Ж.Ж.*

**ОЦЕНКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АДАПТИРОВАННОЙ
ПРОГРАММЫ ПО ИММУНОПРОФИЛАКТИКЕ
ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА
ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ УРОВНЯ ЗНАНИЙ И
ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ МЕДИЦИНСКИХ
РАБОТНИКОВ**

г. Алматы, Республика Казахстан

Рак шейки матки (РШМ) и другие аногенитальные опухоли, обусловленные серотипами вируса папилломы человека, в настоящее время закономерно приобрели всемирное значение – занимает второе место среди онкозаболеваний женщин по частоте и 3 – по летальности.

По данным ВОЗ среди 53 стран Европейского региона по уровню заболеваемости и смертности этой патологией Казахстан занимает высокое – 4 место (21,6 и 7,9 на 100 тыс. женщин, соответственно). По прогнозу экспертов этой же организации к 2050 г число случаев РШМ увеличится в 2 раза и может достигать 1 млн. в мировом масштабе. Следовательно, для женского населения (особенно для репродуктивного возраста) и демографического благополучия в РК профилактика РШМ и других аногенитальных опухолей приобретает первостепенное значение. К настоящему времени профилактика злокачественных опухолей женских половых органов, в особенности вируса папилломы человека (ВПЧ) хорошо разработана. Она включает два больших раздела: общеоздоровительные и медицинские (специальные).

Целью работы явилась оценка среза знаний врачей различного профиля ПМСП об эпидемиологии и профилактике ВПЧ, вызывающий РШМ в рамках использования адаптированной программы иммунопрофилактики.

В рамках научно-технического проекта выполненной на кафедре эпидемиологии, проведено обучающие циклы для практикующих врачей. Поскольку вакцина против вирусов папилломы человека пока не включена в Национальный календарь профилактических прививок РК, нами проведено более подробное ознакомление слушателей циклов с особенностями ВПЧ, вызывающий РШМ и вакцины против него в виду широкой распространенности этой инфекции. В опросе участвовали 94 врачей различного профиля ПМСП. Анкета состоял из 9 вопросов об эпидемиологии, профилактики и методов диагностики ВПЧ. Хотя со времени открытия способности папилломатозной вирусной инфекции индуцировать у женщин РШМ и других аногенитальных опухолей прошло около 20 лет, особенности данной инфекции оставались неизвестными почти для половины числа врачей различного профиля (исходный средний уровень – $54,9 \pm 5,2\%$). Врачи особенно затруднялись найти правильный ответ по патогенезу и роли иммунитета при естественной инфекции ВПЧ. Проведенная модульная подготовка смогла значительно улучшить уровень знаний врачей по ВПЧ – инфекции в среднем на $35,5 \pm 7,5\%$. Указанная разница

в уровне знаний существенна ($t=5,82$). Врачи особенно преуспевали хорошими знаниями по 3,4,7,9 пунктам вопросника, т.е. это заболеваемость и смертность от РШМ, возрастная структура заболевших РШМ, механизмы и пути передачи ВПЧ-инфекции, методы лабораторной диагностики ВПЧ-инфекции, алгоритмы проведения скрининга на РШМ: методы, интервалы, показания. Обращает внимание тот факт, что по завершению цикла подготовки знания врачей повысились по всем 9-ти позициям.

Выводы: Эффективное обучение клиницистов вопросам, связанным с ВПЧ, необходимо для улучшения их знаний о преимуществах и рисках, связанных с вакциной против ВПЧ, материально-техническому обеспечению проведения прививок и других вопросов. Следовательно, цикловую модульную подготовку врачей по иммунопрофилактике ВПЧ-инфекции следует распространить на другие области РК.

Амиреев С., Саттаров А.И.

ВНЕДРЕНИЕ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС КОМПЕТЕНТНОГО ПОДХОДА, МЕТОДИКИ ОЦЕНКИ УСВОЕННОСТИ И ИХ МОНИТОРИНГА В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ БУДУЩЕГО СПЕЦИАЛИСТА-ЭПИДЕМИОЛОГА

г. Алматы, Республика Казахстан

В Казахском Национальном медицинском университете (КазНМУ) разработана и реализуется модель компетентности по пяти компонентам: знание (когнитивный компонент), практические навыки (операциональный компонент), коммуникативные навыки (аксиологический компонент), правовая компетенция и компетенция непрерывного саморазвития.

В КазНМУ используются следующие пять принципов обучения, сопоставимых с методами преподавания: 1. Принцип ориентации на целостную компетентностную модель обучения. Данный принцип направлен не на некоторый набор предметных знаний, умений и навыков, а на повышение уровня освоения профессиональных компетенций во взаимосвязи всех 5 компонентов, необходимых в повседневной работе. 2. Принцип преемственности и междисциплинарности в формировании и оценке компетенции студента. При этом предусматривается систематическое наращивание компетенции обучающего при помощи разных дисциплин и развивающих цели друг друга на разных курсах обучения. Этот принцип выражается в пререквизитах и постреквизитах, т.е. дисциплинах для эффективного и углубленного освоения и прохождения до и после изучения выбранной дисциплины. Например, элективному курсу вакцинологии предшествуют основы микробиологии и вирусологии, иммунологии, биostatистики, биобезопасности, отдельные аспекты общественного здравоохранения с обязательным курсом социальной защиты населения и т.д. Принцип междисциплинарности – это перенос целей, результатов и методов исследования из одной дисциплины в другую (в соответствии со спецификой дисциплины). Здесь достигается главная цель – студент осваивает не только отдельные области знаний, например иммунологию, но и самостоятельно устанавливает сложные связи между ними. 3. Принцип накопления и оценки знаний к формированию компетенции саморазвития («от простого к сложному»).

Для оценки профессиональных компетенций необходимо использовать соответствующие им методы обучения и формы оценки. Так, на младших курсах в основном обучают и оценивают когнитивный компонент (например, микробы, вирусы, их характеристики и общие вопросы, и виды иммунитета на соответствующих кафедрах). Далее происходит усложнение приобретаемых студентами компетенций. На старших курсах все больше упор делается на формирование практических, коммуникативных, правовых навыков. В завершающей стадии обучения, благодаря увеличению часов самостоятельной работы студента (СРС), он все большее количество информации добывает и анализирует самостоятельно с участием преподавателя (СРСП), что формирует его компетенцию саморазвития. Такое усложнение формируемых компетенций присуще предмету эпидемиологии. В нашей практике большое внимание уделяется составлению элективных курсов по актуальным направлениям частной эпидемиологии, например элективный курс «Иммунизация на практике» (90 часов) для студентов МПФ, Общей медицины, а также интегрированный элективный курс «Эпидемиология и профилактика туберкулеза». По указанным элективам нами подготовлены учебно-методические комплексы (пособия), 2015 г., Национальное руководство «Иммунизация на практике», 2014 г. 4. Принцип выбора метода оценки компетенции в зависимости от специфики дисциплины, его целей, задач, направленности содержания. В связи с этим методы оценки должны быть адекватны специфике эпидемиологии и соответствовать компетентностной парадигме образования. 5. Принцип систематичности включает постоянный контроль, в отличие от эпизодических проверок, помогает упорядочить процесс обучения, дает возможность получить студенту достаточное количество оценок, позволяющих вывести в конце цикла объективную итоговую оценку. Кроме того, запланированный контроль, ввиду его неотвратимости, обладает определенной мотивирующей силой, стимулируя активность студента. Систематичность контроля проявляется в осуществлении мониторинга за состоянием роста профессиональных навыков, т.е. всех пяти компетентностей будущего специалиста-эпидемиолога.

Проведенный нами опрос 147 выпускников МПФ КазНМУ, устроившихся специалистами эпидемиологами в различных сферах санэпидслужбы и ЛПО (госпитальные эпидемиологи), в целом подтвердил правильность позиции КазНМУ по компетентностному обучению. В то же время были высказаны и некоторые пожелания по совершенствованию данной модели по правовым-нормативным аспектам, необходимости приобретения навыков по социально-экономическим вопросам инфекционной патологии, что соответствует новой структуре санэпидслужбы, преобразованной в Комитет по защите прав потребителей при Министерстве Национальной экономики РК.

Атыгаева С.К.

КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ПЕРИОД ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПОДЪЕМА

Астана, Республика Казахстан

В последние годы наметилась четкая тенденция активизации энтеровирусной инфекции в мире, о чем свиде-

тельствуют постоянно регистрируемые в разных странах эпидемиологические подъемы заболеваемости и вспышки. География энтеровирусных инфекций чрезвычайно широка и охватывает все страны мира, в том числе и постсоветского пространства. Широкая пантропность энтеровирусов лежит в основе большого разнообразия вызываемых ими клинических форм инфекции, затрагивающих практически все органы и ткани организма человека. Ведущее место среди нейроинфекций по-прежнему занимают менингиты, которые составляют 70-80% от общего числа инфекционных поражений центральной нервной системы.

Нами на базе городской инфекционной больницы города Астаны в период эпидемического подъема с июля по сентябрь 2014 года были пролечены 51 пациент с диагнозом энтеровирусная инфекция. Диагноз был подтвержден обнаружением РНК энтеровируса в спинномозговой жидкости у 48 (94,1%) пациентов, обнаружением РНК энтеровируса в кале у 3 (5,9%) пациентов. Все пациенты были госпитализированы по экстренным показаниям. Возраст пациентов был в пределах от 7 до 34 лет, средний возраст 17,9 лет. Удельный вес лиц женского пола 39,2% (20 пациентов), мужского – 60,8% (31 пациент). Сроки стационарного лечения составили от 2 до 21 дня, в среднем 7,8 койко-дня. Наиболее часто у 48 (94,1%) пролеченных пациентов выявлялась тяжелая форма энтеровирусной инфекции с поражением центральной нервной системы. Она была представлена симптомами интоксикации и менингеальным синдромом, всем пациентам проведена спинномозговая пункция с исследованием ликвора на цитоз, исследование на РНК энтеровирусов в ПЦР, для исключения другой этиологии менингитов - прямую микроскопию ликвора, посев ликвора на патогенную флору, в том числе на менингококк. Повышение цитоза выявлено в 17(33,3%) случаях, причем в 12 (70,6%) определялся серозный менингит, в 5 (29,4%) случаев – гнойный менингит, неизмененный цитоз – в 34 (66,7%) случаях, что было расценено как менингизм. Прямая микроскопия и посев ликвора оказались отрицательными у всех пациентов. Стационарный этап лечения у пациентов с серозным менингитом составил в среднем 13,3 койко-дня, у пациентов с гнойным менингитом – 12,2 койко-дня, у пациентов с менингизмом – 6,3 койко-дня. У одного пациента наряду с менингизмом за счет присоединения бактериальной флоры развилась внебольничная двусторонняя нижнедолевая пневмония, из мокроты выделен пневмококк. Пациентам с гнойным менингитом, пневмонией в план лечения включали антибиотиков широкого спектра действия. В 3 (5,9%) случаях энтеровирусная инфекция протекала без менингеального синдрома, у одного пациента с полиморфной сыпью, у двух пациентов с эпидемической миалгией, причем у одного из них в сочетании с макуло-папулезной сыпью. Сроки стационарного лечения этих пациентов составили 5,3 койко-дня. Пациенты выписывались при позитивной клинико-лабораторной динамике (нормализация температуры тела, санация ликвора) на амбулаторный этап наблюдения и лечения.

Таким образом, энтеровирусная инфекция у детей школьного возраста и взрослых, госпитализированных в инфекционный стационар, протекает чаще в виде тяжелых форм с поражением центральной нервной системы.

Ахмедова М.Д., Анваров Ж.А., Султанова Г.Ю.

ПРИМЕНЕНИЕ АММОНИЯ ГЛИЦЕРАТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В

Ташкент, Узбекистан

Цель: изучение влияния аммония глицерата на некоторые биохимические показатели у больных с хроническим вирусным гепатитом В.

Под нашим наблюдением находилось 40 больных ХВГВ умеренной активности в возрасте от 23 до 51 лет, в том числе 28 (70,0%) мужчин и 12 (30,0%) женщин. Все больные получали стационарное лечение в отделении хронических вирусных гепатитов НИИЭМИЗ МЗ РУз. Из исследования исключались больные с сопутствующими заболеваниями, в том числе с другими видами вирусных гепатитов.

В ходе исследования все больные были разделены на 2 группы. Основную группу составили больные ХВГВ, которые вместе с традиционным лечением, получали аммония глицерат в дозе 100 мл в/в капельно ежедневно в течение 10 дней. В контрольную группу включали больных, получающих только традиционное лечение. Распределение основной и контрольной групп по полу, возрасту, длительности заболевания было односторонним. Биохимические показатели в основной и контрольной группах определяли с помощью биохимического анализатора Mindray BA-88A с использованием тест-наборов «сухая химия», производства Ortho-clinical diagnostics (США). Биохимический спектр включал определение АлАТ, АсАТ, общего билирубина и его фракций, также были изучены показатели липидного обмена - общий холестерин (ОХ), триглицериды (ТГ), липопротеиды высокой плотности (ЛПВП) и липопротеиды низкой плотности (ЛПНП).

На фоне проведенной терапии аммония глицератом наряду с ослаблением симптомов интоксикации и улучшением общего состояния больных явному терапевтическому эффекту соответствовали изменения биохимических показателей, более значительному, чем в контрольной группе. Отмечался регресс симптомов болезни, восстановление функционального состояния печени, нивелирование холестатического и цитолитического синдромов, гипербилирубинемии, активности аминотрансфераз (АлАТ, АсАТ). У больных ХВГВ выявлены значительные изменения показателей липидного обмена. Анализ полученных данных показывает, что до лечения у пациентов с ХВГВ умеренной активности наблюдалось статистически достоверное повышение концентрации в крови ОХ – $6,9 \pm 0,2$ ммоль/л, ТГ – $2,9 \pm 0,12$ ммоль/л, ЛПНП – $4,81 \pm 0,6$ ммоль/л и снижение значений ЛПВП – $0,73 \pm 0,15$ ммоль/л. Лечение аммонием глицератом приводило к существенному улучшению показателей липидного, значения отдельных параметров приближались к норме и во всех случаях в основной группе динамика изменений была более выраженной по сравнению с контрольной группой. В основной группе после лечения с применением аммония глицерата уровень ОХ понизился до $4,4 \pm 0,13$ ммоль/л, ТГ понизился до $1,3 \pm 0,07$ ммоль/л, ЛПНП понизился до $1,45 \pm 0,04$ ммоль/л, концентрация ЛПВП повысился до $3,5 \pm 0,1$ ммоль/л. А в контрольной группе после традиционного лечения уровень ОХ понизился до $4,8 \pm 0,16$ ммоль/л, ТГ понизился до $1,7 \pm 0,07$

ммоль/л, ЛПНП понизился до $1,8 \pm 0,1$ ммоль/л, концентрация ЛПВП повысился до $3,2 \pm 0,13$ ммоль/л.

Установлено, что включение аммония глицерата в комплексную терапию ХВГВ приводит к улучшению общего состояния больных, быстрому регрессу основных клинических симптомов, позитивным сдвигам показателей липидного обмена. Полученные данные позволяют рекомендовать использование аммония глицерата в лечении ХВГВ.

Баешева Д.А., Кошеров Б.Н., Кузгбекова С.Б.

О СОСТОЯНИИ ИНФЕКЦИОННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Астана, г. Караганда, Республика Казахстан

По данным ВОЗ, ежегодно 2 млрд людей болеет инфекционными заболеваниями, из которых 17 млн умирает. Особенности инфекций XXI в.: наряду с резким снижением или ликвидацией детских инфекций, контролируемых средствами иммунопрофилактики (краснуха, дифтерия, коклюш, эпидемический паротит, полиомиелит) появляются инфекции, приобретающие черты глобального распространения в виде эпидемий и пандемий (вирусные гепатиты В и С, ВИЧ); возникают новые возбудители (новые варианты вируса гриппа, Западного Нила, вирусов геморрагических лихорадок — Ласса, Эбола, Марбург, коронавирусы, всего более 30 новых возбудителей); наблюдается возврат к эпидемическому распространению, более тяжелому течению и высокой летальности известных ранее инфекций (туберкулез, дифтерия, грипп, корь и др.). Установлена роль инфекционных агентов в патогенезе заболеваний, которые ранее не считались, а соответственно, и не лечились как инфекционные (онкологические, аутоиммунные, аллергические, неврологические, психиатрические и др.). Глобальное значение приобрела проблема развития лекарственной резистентности микроорганизмов к химиотерапевтическим препаратам и резкое снижение эффективности этиотропной терапии (на 70-90%). На протяжении последних лет в Республике Казахстан поддерживается устойчивое санитарно-эпидемиологическое благополучие: не допущены крупные вспышки инфекционных заболеваний. Не допущено завоза и распространения в стране энтеропатогенной кишечной палочки (O:104), холеры, брюшного тифа и паратифа. Не допущено возникновения заболеваний дифтерией, столбняком. Снижена заболеваемость острым вирусным гепатитом А, В, эпидпаротитом, бактериальной дизентерией, кишечным иерсиниозом, сальмонеллезными инфекциями. Обеспечено выполнение основных показателей качества проведения эпиднадзора в соответствии с рекомендациями ВОЗ за полиомиелитом, краснухой. Плановая вакцинопрофилактика кори, проводимая в РК с 1967 способствовала стойкому снижению заболеваемости более чем в 150 раз. Однако, вместе с тем, каждые 6-7 лет отмечаются периодические подъемы заболевания. Подъемы кори отмечались в 1993, 1998 и 2005 годы, что возможно было обусловлено накоплением неиммунной прослойки населения. С октября 2013 года, в республике вновь регистрируется подъем заболеваемости корью, за 2014 год показатель составил 1,88 на 100000 населения. Среди лиц, заболевших корью, в целом по республике преобладает взрослое население и составля-

ет - 63,18%, дети 36,82%. Заболевания острыми респираторными инфекциями регистрировались в течение всего года, годовая динамика распределялась неравномерно. Подъем заболеваемости начинался в октябре и заканчивался в конце марта. Максимум чаще приходился на ноябрь и февраль, минимальный уровень регистрировался в июле. Различия в годовой динамике заболеваемости ОРИ в эпидемически благополучные и неблагополучные годы состояли, прежде всего, в том, что в эпидемически неблагополучные годы уровни заболеваемости в каждом месяце были выше, чем в годы эпидемического благополучия. Имеют место природно-очаговые инфекции в виде Конго Крымской геморрагической лихорадки в эндемичных регионах страны (Южно-Казахстанская область). Менингиты и менингоэнцефалиты различной этиологии продолжают оставаться самыми распространенными формами поражения нервной системы.

Баимбетова С.Б., Отарбаева А.П., Утепбергенова Г.А., Оспанова З.А.

ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ В ЮКО

г. Шымкент, Республика Казахстан

Одной из основных задач в рамках программы «Саламатты Қазақстан» является вакцинация, как важнейшее направление в профилактике инфекционных заболеваний. По определению ВОЗ «вакцинация и вода – единственные меры, действительно влияющие на общественное здоровье». Для эффективной борьбы с инфекциями необходимо два фактора: высоко эффективная вакцина (производитель) и высокий уровень «привитости» (система здравоохранения, общество). С момента внедрения ВОЗ программы ЕРІ в 1970 г. число зарегистрированных случаев смерти от кори снизилось. Европейское бюро ВОЗ планирует элиминировать эту инфекцию к 2015 году. Число случаев коклюша в мире снизилось с 3 млн. в год до менее 250 000 в год.

Цель исследования: изучить показатели заболеваемости «вакциноуправляемыми инфекциями» в ЮКО за 2002-2014 гг.

Проведен ретроспективный анализ годовых о состояний иммунизации населения и заболеваемости вакциноуправляемыми инфекциями по данным ЮКО.

За последние 10 лет в Казахстане уровень привитости детей декретированного возраста по Национальному Календарю достигает 97-99%; элиминирован полиомиелит; регистрируются спорадические случаи краснухи (в отдельных регионах), острым вирусным гепатитом В среди детей и подростков; снизилась заболеваемость эпидемическим паротитом до 3,5 раз, коклюшем; снизилась смертность от Ніб-менингитов до 2-х раз. В Южно-Казахстанской области проводится вакцинация населения против 16 инфекции (от дифтерии, столбняка, коклюша, полиомиелита, гемофильной инфекции, гепатита В, пневмококка, кори, паротита и краснухи и т.д.), которые финансируются из республиканского бюджета. Еще 3 вакцины (против гепатита А, гриппа, сибирская язва) финансируются из местного бюджета. Рост показателей заболеваемости корью в ЮКО начался в 2005 году и достиг 27,08 году. В связи с проведением Национальной кампании иммунизации, показатели заболеваемости ко-

рию снизились до 1,08 в 2006 г., не регистрировались – в 2009, 2010 гг., в 2012 г. – 0,6; за 2013 г. – составили 0,78, в 2014 г. – 1,68. Рост заболеваемости краснухой начался в 2004 году, показатели заболеваемости составили 8,89, в 2005 г. – 11,7; в 2008 г. – 13,49; с последующим снижением в 2009 г. до 5,63, в 2011 г. – 0,04; и отсутствием регистрации заболевания краснухой в регионе в 2010, 2012, 2013 гг. Заболеваемость коклюшем в ЮКО в 2002 г. была до 0,20; в 2005 г. – 0,75; с последующим снижением до 0,07 в 2012 г. и 0 – в 2013, 2014 гг. Заболеваемость эпидемическим паротитом в ЮКО в 2002 г. составила 241,3; после введения второй дозы ККП началось снижение заболеваемости в 2003 г. – до 50,39; в 2004 г. – 6,76 до 0,34 в 2010 г. и до 0,07 – в 2013 году, 0 – в 2014 году. По данным за 2010-2012 год в ЮКО, благодаря внедрению вакцинации против пневмококковой инфекции заболеваемость пневмонией на 1000 детей первого года жизни снизилась на 12,2%, летальность от пневмоний у детей до 1 года снизилась на 45,6%, младенческая смертность снизилась на 25,1%.

Одной из проблем озвученных эпидемиологами и медицинскими работниками первичной сети является рост отказов населения от вакцинации. Это связано с религиозными взглядами и с негативной информацией в СМИ. Так, в 2013 году по ЮКО от вакцинации отказалось 319 детей. Полностью непривитые дети составили – 34,8%, частично непривитые – 66,2%. Причинами отказов от прививок были в 71,8% – религиозные факторы, чаще это внешние мигранты, прибывшие из стран ближнего и дальнего зарубежья и в 28,2% – в связи с негативной информацией в СМИ. Для иммунопрофилактики закупаются высоко эффективные и безопасные вакцины от производителей вакцин, соответствующие международным стандартам, правилам GMP и GCP и имеется Единая национальная система здравоохранения, которая в рамках ГОБМП, Национального календаря профилактических прививок осуществляет профилактику инфекционных заболеваний.

Баймуратова М.А., Абдусаламова З.С., Тьесова-Бердалина Р.А.

ВЛИЯНИЕ ГРИБОВ РОДА CANDIDA SPP. НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН

г. Алматы, Республика Казахстан

Актуальность изучения микотических заболеваний определяется не только уровнем заболеваемости, но и последствиями для репродуктивного и генетического здоровья. В этой связи целью нашей работы явилось проведение эпидемиолого-микробиологического мониторинга урогинекологических инфекций, вызванных грибами рода *Candida* spp., среди беременных и женщин после родов на примере г. Алматы.

Нами обследовано 336 образцов клинического материала: моча, мазки со слизистой влагалища от беременных и женщин после родов. Клинически установленными нозологическими формами были: вагиноз, кольпит, сальпингоофорит, пиелонефрит. Контингент обследованных представлен в основном пациентами в возрасте от 15 до 49 лет, находящиеся на амбулаторном наблюдении и стационарном лечении. Культивирование микроорганизмов проводилось общепринятыми методами с количествен-

ной оценкой уровня обсемененности бактериями, дрожжеподобными грибами рода *Candida* spp.

Анализ 3-х летнего периода 2012-2014 г. показал, что наиболее поражаемой кандидозной инфекцией возрастной категорией являлись беременные и женщины после родов в возрасте от 20-29 лет. Наибольший процент встречаемости кандидозной инфекции приходился на 2012 год с пиком возрастных групп: с 20-24 г. (36,51%) от 25-29 л. (26,98%), что коррелирует с исследователями РФ (Дуглас Н.И, 2011). Грибы рода *Candida* spp. известны как условно-патогенные микроорганизмы, которые вегетируют в биотопах тела человека, способные адаптироваться и выживать в различных условиях.

В нашей работе по суммированным данным, определялась причастность дрожжеподобных грибов рода *Candida* spp. в этиологической структуре инфекций нижнего отдела полового тракта женщин репродуктивного возраста (моча и мазки из цервикального канала), составившая в монокультуре – 35,7% в количествах, достигающих 10^5 КОЕ/мл, доля неалбиканских видов составляла лишь 3%. Относительно в равных процентных соотношениях выделялись грибково-бактериальные миксты – 14,3%, бактериально-бактериальные миксты – 11,3%, микст-инфекция является серьезной проблемой, когда воспаление вызывает выраженную реакцию тканей (включая слизистую оболочку влагалища, мочеиспускательного канала). Нисколько не уменьшается и роль бактерий, которые в нашей работе обнаруживались в моно вариантах – 35,7%. Детализация микробного пейзажа слизистой цервикального канала, за трехлетний период клинического материала женщин репродуктивного возраста показала, что в исследовании установлена доминанта *S. albicans* – 58,8% (80) у беременных. Среди неалбиканских видов выделялись: *S. krusei*, *S. glabrata*. Грибково-бактериальные миксты выделенные из цервикального канала у беременных насчитывали 18,8%, на фоне 10% бактериально-бактериальных ассоциаций. При анализе микробного пейзажа мочи беременных женщин и женщин после родов причастность грибов в моно вариантах распределялась *S. albicans* – 1,6% и 29,41% соответственно; *S. glabrata* обнаруживалась лишь у беременных – 1,6%; аналогичные результаты получены и в отношении грибково-бактериальных микстов, которые на фоне выявленных 6,6% у беременных, у женщин после родов составляли 23,5%. Сравнительный анализ этиологической структуры мочи показал, что бактерии в моно вариантах у беременных составляли большинство случаев 73,8%, относительно женщин после родов, у которых они насчитывали 41,2%, бактериально-бактериальные миксты распределились: 16,4% и 5,8%, соответственно.

Таким образом, в этиологической структуре инфекций нижнего отдела полового тракта женщин репродуктивного возраста выявлена причастность дрожжеподобных грибов рода *Candida* spp. в 53% случаев. Беременные и родильницы с вагинальным кандидозом являются потенциальным источником как внутриутробного, так и постнатального инфицирования новорожденных, когда не исключается вероятность пути передачи *Candida* spp. от матери к ребенку на этапе контаминации родовых путей и контакта в период ухода за ним.

Баратова Г.М., Шерметова М.Б.

**КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НА ФОНЕ
ПРИМЕНЕНИЯ БЕТАЛЕЙКИНА
У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ БРУЦЕЛЛЕЗОМ
С ТЯЖЕЛЫМИ ОЧАГОВЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ**

г.Туркестан, Республика Казахстан

Цель – оценить реакцию на введение и общую переносимость рекомбинантного интерлейкина-1 бета (Беталейкин) в комплексном лечении хронического декомпенсированного бруцеллеза с тяжелыми очаговыми поражениями.

Изучение действия Беталейкина проводилось в группе из 10 больных (6 мужчин и 4 женщин в возрасте от 20 до 59 лет) страдавших самопроизвольными выкидышами (1 человек), остеомиелитом (1 человек), полиартро-артритами (6 человек), орхитом (1 человек), полирадикуллопатией (1 человек). Беталейкин применяли в дозе 500 нг п/к через день № 5 с 5 – 7 дня после начала этиотропной терапии ципрофлоксацином в течении 20-30 дней.

Результаты и обсуждение. При введении Беталейкина припухлость и покраснения в месте инъекции отмечалось у 2 пациентов, повышение температуры до 37,4-37,8°С через 1-2 часа после инъекции – у 6 больных, наличие озноба и гриппоподобного комплекса – у 3 больных, практически у всех пациентов наблюдалось усиление очаговых проявлений. Все пациенты субъективно почувствовали резкое улучшение самочувствия в виде нормализации сна, улучшения аппетита, повышения настроения (стали более контактные, открытые при беседе, разговорчивыми), у 3 пациентов уменьшилась потливость на 3-4-е сутки после введения препарата. Указанные субъективные ощущения появлялись через 2-2,5 ч после начала введения препарата, продолжались в течении 2 ч и бесследно исчезали вместе с нормализацией температуры тела. Объективно отмечалось исчезновение очаговой и общей симптоматики.

При исследовании показателей периферической крови до, во время, т.е. в течение 1 недели и через 1 месяц после комплексного лечения, отмечалось: до лечения гемоглобин-124,70±21,63 (в течение 1 недели – 142,60±20,45), эритроциты – 3,88±0,51 (в течение 1 недели – RBC 4,59±0,33), тромбоциты – 213,40±35,75 (в течение 1 недели – PLT 265,80±49,69), лейкоциты – 7,49±2,31 (в течение 1 недели WBC 8,61±2,73), нейтрофильные гранулоциты – 55,25±15,84 (в течении 1 недели NEU 57,64±16,07), лимфоциты – 31,68±12,96 (в течение 1 недели – LYM 44,41±10,56), СОЭ – 9,10±7,08 (в течение 1 недели – SOE 19,70±12,82), после лечения отмечались нормальные показатели гемограммы с последующим полным нормальным восстановлением к исходному уровню.

Полученные результаты при введении в комплексную терапию хронического декомпенсированного бруцеллеза рекомбинантного интерлейкина-1 бета (Беталейкин) свидетельствуют об эффективности предложенного комплексного лечения и хорошей переносимости данного препарата с отсутствием побочных эффектов, что может эффективно сочетаться с препаратами других фармакологических групп. В результате применения данного препарата наблюдается восстановление количества лейкоцитов до уровня нормы в периферической крови, в основном за счет гранулоцитов.

Батзаяа И., Аитов К.А., Оюунгэрэл Р.

**ЭПИДЕМИОЛОГИЯ КЛЕЩЕВЫХ ИНФЕКЦИЙ В
МОНГОЛИИ**

Улан-Батор, Монголия; г. Иркутск, Россия

В последние годы для Монголии, особенно ее северных территорий, граничащие с Россией (Республика Бурятия, Иркутская область, Республика Тыва) актуальным становится проблемы, связанные с клещевыми инфекциями. Среди них обращают внимание случаи клещевого энцефалита (КЭ), иксодового клещевого боррелиоза (ИКБ) и клещевого риккетсиоза (КР).

Цель исследования. Проанализировать заболеваемость клещевыми инфекциями на территории Монголии в настоящее время.

Была изучена трехлетняя годовая динамика заболеваемости КЭ, ИКБ и КР на территории Монголии на основании личных наблюдений и ретроспективного анализа историй болезни и амбулаторных карт больных, находившихся на обследовании и лечении в Монгольском национальном Центре по исследованию инфекционных заболеваний и аймачных инфекционных отделений в 2009 - 2012 гг.

Было изучено результаты анализа 254 историй болезни. Из них КЭ выявлен у 24 (10,4%), ИКБ у 18 (7,1%) и КР у 212 (83,4%) больного. Из общего числа больных 175 (68,8%) пациентов были жителями г. Улан-Батора. Остальные заболевшие оказались жителями 79 (31,1%) 11 аймаков Монголии из 21. Случай КЭ и ИКБ преимущественно регистрировались на территориях северных аймаков, граничащих с республикой Бурятия, где имеются большие массивы таежного леса – природные очаги иксодовых клещей (*Ixodes persulcatus* и *Ixodes ricinus*). КР регистрировался в основном в степной и лесостепной зоне (Архангайском, Гоби-Алтайском, Хубсугульском и Дорнодском аймаках), где установлена станция клещей рода *Dermacentor* (пастбищный клещ).

Большинство заболевших были мужчины – 182 (71,6%) человек и 72 (28,3%) – женщин. Анализ возрастного состава больных показал, что наибольшее число заболевших указанными инфекциями на территории Монголии были в возрасте от 20 до 55 лет (76,1%). Все больные отмечали факт присасывания клеща в различные участки тела в процессе трудовой деятельности и посещения леса. Преобладающее число (54,2%) пациентов оказались работниками сельского хозяйства и животноводства.

Анализ заболеваемости клещевыми инфекциями по аймакам показал, что КЭ и ИКБ регистрировались главным образом в Сэлэнгинском, Булганском, Хубсугульском, Архангайском, Центральном, Хэнтийском и Орхонском аймаках. Начиная с 2003 года отмечается неуклонный рост заболеваемости указанными клещевыми инфекциями на территории Монголии.

Таким образом, результаты наших исследований показали наличие природных очагов, по крайней мере, трех инфекций: клещевого энцефалита, клещевого боррелиоза и клещевого риккетсиоза. Отмечен ежегодный рост заболеваемости этими инфекциями на территории Монголии, причем в большей степени подвергаются нападению клещей мужское население, активно занимающиеся животноводством и работающие в лесных хозяйствах.

Бегимбаев О.С., Оразова М.М., Тайжанова М.А.

СОСТОЯНИЕ ЛАБОРАТОРНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ОТДЕЛЬНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ ЮКО НА НОСИТЕЛЬСТВО ВГВ ЗА 2014 ГОД

г. Шымкент, Казахстан

Как известно, инфекции, связанные со здравоохранением (ИСЗ), включая инфекции, возникающие в стационарах (в прошлом называемые нозокомиальные или внутрибольничные инфекции), – это инфекции, приобретаемые пациентами и сотрудниками в учреждениях здравоохранения.

Вирус гепатита В (ВГВ) является наиболее легко передаваемым патогеном, риск заражения при уколе иглами составляет до 30% (см. Wicker). Риск заражения вирусного гепатита С (ВГС) меньше и составляет 3-10%, хотя при высокой концентрации вируса в крови может быть в 10 раз выше (см. Wicker).

Актуальность проблемы инфекций, связанных со здравоохранением (ИСЗ) в Южно-Казахстанской области в последние годы в значительной степени возросла в связи с высокой регистрацией носителей вирусного гепатита В в нашем регионе.

Лабораторное обследование отдельных групп населения на носительство вирусного гепатита В за 2014 год (абс. ч. и в %) показало, что наиболее высокая регистрация носителей вирусного гепатита В наблюдалась среди пациентов наркологического диспансера – 21,6% и среди контингентов исправительной трудовых учреждений – 11,9%, а также среди больных с хронической патологией – 10,4%. Наиболее высокая регистрация носителей вирусного гепатита В наблюдалась среди сотрудников службы крови – 3,7% и среди терапевтов и инфекционистов – 4,4%, а также у сотрудников поликлинической службы – 3,9%. Высокая регистрация носителей вирусного гепатита В является результатом слабого инфекционного контроля, грубым нарушением санитарно-гигиенических и дезинфекционных режимов и отсутствием настороженности врачей в отношении инфекций, передающихся парентеральным путем. Среди работников хирургического и стоматологического профиля не выявлены носители гепатитов В и С.

По Южно-Казахстанской области количество сотрудников стоматологического профиля около 900. Из них всего обследованы – 129, положительных случаев не зарегистрировано. Отсутствие положительных случаев среди работников хирургического и стоматологического профиля является результатом специфической профилактики против вирусных гепатитов В и С. Низкий охват подлежащих контингентов обследованию на маркеры вирусных гепатитов В и С связан с объявленным мораторием на проверку хозяйствующих субъектов малого и среднего бизнеса.

Использование медработниками - специалистами стационаров средств индивидуальной защиты ненадлежащим образом при оказании помощи пациентам может явиться причиной внутрибольничного инфицирования вирусных гепатитов.

В целях профилактики вирусных гепатитов В и С необходимо проводить комплекс профилактических мероприятий и санитарно-разъяснительные работы среди медицинских работников.

Бейсенбиева Н.Е., Шайдаров М.З., Баетева Д.А., Конкаева М.Е.

КЛИНИЧЕСКИЕ «МАСКИ» ХРОНИЧЕСКОГО ОПИСТОРХОЗА У ДЕТЕЙ

Астана, Республика Казахстан

Описторхоз является паразитарным заболеванием, обладающим природной очаговостью. Самый крупный и интенсивный очаг описторхоза в мире расположен в устье рек Обь-Иртышского бассейна. Очаги описторхоза в Казахстане обнаружены в бассейне рек: Обь, Иртыш, Иртыш, Тургай, Нура и Ишим. Широкая распространенность описторхоза, как у взрослых, так и у детей, полиморфизм клинических проявлений и недостаточная эффективность антигельминтной химиотерапии определяет актуальность изучения данной проблемы. Многолетнее течение описторхоза нарушает нормальное физическое и психическое развитие детей, вызывает иммунодепрессию, является причиной возникновения различных заболеваний желудочно-кишечного тракта, аллергозов, поражений почек и суставов. Многие исследователи, изучающие воздействие описторхоза на гепатобилиарную систему, расценивают его как один из существенных факторов возникновения первичного рака печени.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинико-лабораторных и инструментальных показателей при хроническом описторхозе у детей.

Под наблюдением в детской городской поликлинике №1 г. Астана находилось 30 больных с хроническим описторхозом в возрасте от 5 до 14 лет. Диагноз у исследуемых подтвержден по основным клинико-anamnestическим и лабораторным признакам, включавших обнаружение яиц описторхов в кале, выявленных эфир-формалиновым методом, а также в дуоденальном содержимом. Обследование включало сбор анамнеза, исследование объективного статуса, периферической крови, мочи, биохимического состава крови, ультразвуковое исследование, фиброгастроскопию.

Результаты исследования. В клинике хронического описторхоза у детей при объективном обследовании органов брюшной полости у 20 (66,6%) отмечалась болезненность в правом подреберье, у 16 (53%) – в эпигастальной области, у 13 (43,3%) в левом подреберье. Часто обнаруживались симптомы Ортнера, Кера, несколько реже симптомы Мюсси, Менделя, у 16 (53,3%) детей отмечалось увеличение размеров печени, преимущественно за счёт левой доли, у 14 (46,6%) аллергические проявления в виде сыпи на коже; У 4 (13,3%) псориазические бляшки на коже, у 3 (10%) – лимфоаденопатия. Изменения со стороны лёгких в виде обструктивного бронхита отмечались у 12 (40%). У 18 (60%) выявлены изменения со стороны нервной системы, чаще всего в виде астено-вегетативного синдрома. По данным российских учёных 80% детей хроническим описторхозом состоят на диспансерном учете у психиатра (Поляков В.Е., Лысенко А.Я. 2002 г.).

При исследовании периферической крови у 15 (50%) детей отмечено ускоренное СОЭ отмечено у 15 (50%), лейкоцитоз – у 3 (10%), лейкопения – у 2 (6,6%). Изменения со стороны почек в виде лейкоцитурии имело место у 2 (6,6%) человек, у остальных отмечалась слабо выраженная протеинурия. Диспротеинемия обнаружена у 3 (10%) детей, СРБ обнаружено у 12 (40%), повы-

шение трансфераз – у 5 (16,6%); реже регистрировалось повышение билирубина, холестерина, сахара в сыворотке крови. Клинически выраженное поражение гепатобилиарной системы (ГБС) протекало как в виде дискинезии желчевыводящей системы, так и в виде её органических поражений, а именно холециститов, гепатохолециститов, холангиохолециститов, холангиогепатитов; у 11 (36,6%) детей органические поражения гепатобилиарной системы сочетались с дискинезией.

Наряду с этими показателями проведена оценка функционального состояния сопряжённых органов, прежде всего желудочно-кишечного тракта. При проведении фиброгастроскопии у 3 (10%) детей был выявлен поверхностный гастрит, дуоденогастральный рефлюкс у 6 (20%). При обследовании кишечника у 22 (73,3%) детей выявлен дисбактериоз. На УЗИ чаще отмечались гипокинезии желчного пузыря 19 (63,3%), реже гиперкинезии 6 (20%), неомогенное содержимое – у 22 (73,3%), у 1/3 больных – наличие перетяжек и перегородок в желчном пузыре, расширение внутрипеченочных протоков – у 6 (20%), у 11 (36,6%) – умеренная неоднородность и увеличение размеров поджелудочной железы.

Наличие широкого спектра поражений ГБС у обследуемых детей обусловило развитие сложной клинической картины описторхоза. С учетом всех его патологических признаков проведена группировка клинической симптоматики заболевания. Группировка выявленных симптомов проведена в соответствии с основными клиническими и патофизиологическими синдромами поражения ГБС. Ведущими клиническими синдромами, сопровождавшими поражение ЖВП и печени у обследуемых детей в начальной стадии описторхоза являлись болевой и астено-вегетативный. Чаще регистрировалась болезненность в правом подреберье при пальпации живота и с минимальной частотой – болезненность в левом подреберье. Среди признаков астено-невротического синдрома, зарегистрированных с наименьшей частотой, преобладали жалобы на головные боли ($p < 0,01$).

Вывод: описторхоз у детей характеризуется различными клиническими проявлениями, подтверждающими вовлечение в процесс не только печени, желчного пузыря и поджелудочной железы, но и других органов, что свидетельствует о системности поражения.

Бейсенбинова Ж.Б., Алимханова К.Н., Джурунова К.С.

**ПЕРСПЕКТИВЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПЛАНА
ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ
НА КАФЕДРЕ ЭПИДЕМИОЛОГИИ КАЗНМУ ИМ.
С.Д. АСФЕНДИЯРОВА**

г. Алматы, Республика Казахстан

Современный период развития общества характеризуется повышением роли получения информации во всех сферах деятельности, высокой скоростью обновления знаний, появлением новейших технологий, новых потребностей общества и видов профессиональной деятельности в области практического здравоохранения.

Концепция развития единой системы дистанционного обучения влияет на качество образования. На сегодняшний день инновационные процессы в медицинском образовании обеспечивают получение фундаментального образования и конструктивных идей непрерывного

образования.

Дистанционное обучение осуществляется через Moodle (Moodle – это система управления содержимым сайта (Content Management System – CMS)). Данная система специально разработана преподавателями для создания качественных онлайн-курсов.

Многообразие технологий, которые доставляют обучаемому основной объем информации изучаемого материала, позволяют самостоятельно работать с ним.

Средняя оценка мировых образовательных систем показывает, что дистанционное обучение обходится на 50% дешевле традиционных методов образования.

В настоящее время в новой структуре санэпидслужбы, преобразованной в Комитет по защите прав потребителей Министерства Национальной экономики РК, требуются кадры с новой квалификацией в условиях происходящих реформ в Комитете, и это требует развития доступной системы непрерывного образования. Применение технологии дистанционного обучения призвано обеспечивать непрерывную подготовку специалистов ведомственной службы, без их отрыва от рабочих мест с наиболее эффективным расходом средств.

Применение информационных технологий в обучении позволит активно использовать научный и образовательный потенциал кафедр эпидемиологии, привлекая лучших преподавателей к созданию курсов дистанционного образования, расширяя аудиторию обучаемых, и будет способствовать широкомасштабной подготовке и переподготовке специалистов по защите прав потребителей вне зависимости от места жительства.

Дистанционное обучение призвано задать новые подходы к подготовке медицинских кадров в области практического здравоохранения, заложить основы развития концепции непрерывного медицинского образования в соответствии с зарубежными образцами и оказать содействие в повышении доступа к получению дополнительного образования в области практического здравоохранения в профилактическом направлении.

Бейсенова Г.Р., Хайырова У.О., Жантакбаева Б.М.

**ЭНЦЕФАЛОМИЕЛОПОЛИРАДИКУЛОНЕВРИТ
БРУЦЕЛЛЕЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ**

г. Караганда, Казахстан

Проблема бруцеллеза остается актуальной для Республики Казахстан. По уровню показателя заболеваемости бруцеллез занимает второе место среди инфекционных заболеваний. Тяжелые формы бруцеллеза протекают с поражением нервной системы. Тяжелое поражение центральной нервной системы отмечается от 2 до 8%. Нейробруцеллез протекает тяжело и зачастую приводят к инвалидности больных бруцеллезом.

Приводим клинический случай тяжелой формы нейробруцеллеза, находившегося под курацией врачей областной инфекционной больницы Карагандинской области РК (КОИБ). Больной П., 30 лет, помощник машиниста. Диагноз: первично хронический бруцеллез в стадии прогрессирования. Нейробруцеллез. Энцефаломиелополирадикуло-неврит. Тетрапарез. Больной 13.08.2014 г. госпитализирован в КОИБ с жалобами на слабость и нечувствительность правых верхних и нижней конечностей, затруднение при ходьбе, глотании, открывании рта,

онемение мимических мышц. Из эпиданамнеза известно, что больной пил некипяченное молоко из частного хозяйства. Жалобы и ухудшение состояния беспокоят в течение месяца. Появились повышение температуры, слабость и потеря чувствительности мышц рук и ног, затруднение при ходьбе. Больной не смог самостоятельно передвигаться. При поступлении в КИОБ состояние больного тяжелое: астеничен, пониженного питания, увеличены периферические лимфоузлы 1-2 степени. Суставы неизменены, признаки воспаления не выражены. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 74 в мин. АД 140/100 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом, влажный. Пальпация брюшной полости безболезненная. Печень, селезенка не увеличены. Неврологический статус: сознание ясное, зрачки сужены. Карашыктары OD=OS. Светочувствительность и глотание сохранены. Определяется горизонтальный нистагм. Язык не отклоняется от средней линии. Снижен мышечный правых конечностей. Тетрапарез со снижением мышечной силы правой верхней конечности проксимальных -2,0 б, дистальных -3,0 б, нижней конечности 2,5-3,0 б. Патологических рефлексов нет. Чувствительность сохранена. Менингеальных признаков не обнаружены. Отмечается интенция и дисметрия при оценке координации пациента. Работа органов малого таза не нарушена.

Результаты лабораторных и инструментальных методов исследования: в ОАК – нормоцитоз. Реакция Хеддельсона резко положительная, Райта – 1:200. При выписке: реакция Хеддельсона положительная, Райта – 1:100. Серологическая реакция отрицательная. Результаты исследования СПЖ: бесцветная, прозрачная, цитоз – $3,33 \times 10^6$ г/л, белок 870 мг/л, юные эритроциты – 1-2, лимфоциты – 3. МРТ головного мозга – выявлены субатрофия мозжечка и атрофические изменения в левой височной области. МРТ шейного позвоночника выявил дегенеративно – дистрофические изменения и протрузию С4-С5 позвоночных дисков. Окулист – ангиопатия сетчатки правого глаза. Проводилось комплексное лечение с учетом тяжести заболевания и неврологических поражений. За 36 дней стационарного лечения состояние больного улучшилось – нормализовалась температура тела, неврологический статус без изменений.

Заключение: для бруцеллеза центральной нервной системы характерно тяжелое течение, что требует длительного лечения. Профессионально-трудовой прогноз неблагоприятный, восстановления полной работоспособности не ожидается. Для достижения благоприятных исходов лечения необходимо раннее выявление и комплексное целенаправленное лечение.

Бекенова Н.Б., Муковозова Л.А., Гржибовский А.М., Аукенов Н.Е.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА ИЛ-17А(G197А) ПРИ РОЖЕ

г. Семей, Республика Казахстан

Известно, что в прогрессировании многих инфекционных заболеваний существенное значение имеют иммунологические механизмы, в частности цитокины, принимающие участие в таких процессах, как воспаление, регенерация и фиброгенез, типичным представителем которых является интерлейкин-17А. ИЛ-17 А играет важную роль

в патогенезе аутоиммунных заболеваний, а также в иммунной защите организма против бактериальных и грибковых инфекций. Однако, в последнее время уделяется существенное внимание выяснению связи полиморфизма генов этого цитокина с предрасположенностью к ряду заболеваний, в частности, к ревматоидному артриту, раку желудка, язвенному колиту, бронхиальной астме, хроническим вирусным гепатитам. Что же касается рожи, то до настоящего времени подобные исследования этого цитокина не проводились.

Целью нашего исследования является изучение полиморфизма гена (G197A rs 2275913) ИЛ-17А во взаимосвязи с предрасположенностью к развитию заболевания и к рецидивирующему течению рожи.

Обследовано 97 больных рожей и 379 условно-здоровых лиц. Больные рожей и лица контрольной группы относились к казахской популяции. Средний возраст больных составил 46, 68 (95% ДИ: 43,95-49,41) лет, лиц контрольной группы – 42, 55(95% ДИ: 41,31-43,79) лет. Молекулярно- генетическое исследование проводилось методом ПЦР в режиме реал-тайм коммерческими тест-системами НПФ «Литех», Москва, Россия. ДНК из образцов крови были выделены при помощи метода высаливания с использованием протеиназы К. Обследование больных проводилось на базе Клинической инфекционной больницы г. Семей.

Сравнение частот встречаемости качественных признаков в группах проводили с использованием критерия χ^2 Пирсона, рассчитывали отношение шансов OR и 95% доверительного интервала (CI). Соотношение частот генотипов и аллельных вариантов генов проверялись на соответствие закону Харди- Вайенберга. Статистическую обработку результатов проводили в программе SPSS Statistics (version 20).

Анализ данных показал, что аллель G встречается чаще как у больных рожей (74,2%), так и у здоровых лиц (66,8%) по сравнению с аллелем А (25,8% и 33,2%). У больных рожей преобладал генотип G/G (55,7%), в то время как у здоровых лиц чаще встречался генотип A/G и составил 45,9%. Как в исследуемой группе, так и в группе контроля наиболее редко встречался генотип A/A (7,2% и 10,3%, соответственно). Однако, статистически значимой связи между изучаемым фактором риска (AA генотип) и заболеванием рожей нами не выявлено $\chi^2 = 0,836$, $df = 1$, $p = 0,361$, OR = 1, 43 (95% ДИ: 0,66 – 3,09).

Таким образом, результаты проведенного исследования при роже свидетельствуют об отсутствии связи полиморфизма гена (G197A rs 2275913) ИЛ-17 А с предрасположенностью к роже и предрасположенностью к рецидивирующему течению, что возможно связано с малым объемом выборки. Нами планируется дальнейшее исследование полиморфизма других генов этого цитокина, а также генов других цитокинов при роже.

Бердалиева Ф.А., Жумагулова К.Ж., Еркебекова Г.К.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ТЕЧЕНИЯ КОРИ У ДЕТЕЙ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

г. Шымкент, Республика Казахстан

Всплеск роста новой циклической волны заболеваемости коревой инфекцией, отмечающийся в различных регионах мира, в соседних с РК странах, в областях на-

шей республики, наблюдается также в ЮКО. Возбудитель имеет контагиозность в 100%, является политропным, инфекция часто протекает с осложнениями, отмечена высокая летальность у детей раннего возраста. Несмотря на активные масштабные противоэпидемические мероприятия, заболеваемость корью у детей в ЮКО резко возросла, показатель на 100000 детей в возрасте до 15 лет в 2014 г. равен 1,34, для сравнения в 2013 г. – 0,24.

Цель исследования: оценка клинико-эпидемиологических проявлений современного течения кори у детей в ЮКО.

Проанализированы материалы, взятые из 40 историй болезней детей поступивших диагнозом: Корь., в ШГИБ, за период июль-декабрь 2014 г. Изучены данные по эпиданамнезу, клинико-лабораторным проявлениям **коревой инфекции**.

Полученные результаты: из числа заболевших городских жителей – 95%, сельских – 5%. Из них мальчиков – 21 (53,3%), девочек – 19 (46,7%). Заболевшие после контакта с корью составили 18/45%, отрицавшие контакт 22/55%. Возрастной контингент заболевших: дети до 1 года преобладали (21/52,5%), причем 1 ребенок был в возрасте 21 день, из их числа на грудном вскармливании были 18/45%. Детей до 5 лет было 7/17,5%, старше 10 лет – 2/5%.

Получившие планово вакцину КПК – 7/17,5%; не привиты – 33/82,5%. Фоновые состояния: гипертензионно-гидроцефалический синдром – 7/17,5%; эпилепсия 4/10%; ВПС – 1/2,5%; БЭН – 1/2,5%; ВПС – 1/2,5%; ЭКД – 4/10%; ВИЧ-инфекция – 1/2,5%. Клинические проявления: субфебрильная температура была у 8/20%; фебрильная – 29/72,5%, гипертермическая реакция у 3/7,5%. Раннее появление характерной сыпи на 2-3 день – у 15/37,5%; 4-5 день – 20/50%; позже 6-8 дня – у 5/12,5%. Патогномичный симптом Бельского-Филатова Коплика замечен у 8/20%. Осложнения: пневмония – 11/27,5%, обструктивный бронхит – 4/10%; острый бронхит – 17/42,5%; диарейный синдром – 11/27,5%; отит – 1/2,5%; конъюнктивит – 2/5%. Лабораторные анализы: нейтропения – у 11/27,5%, нейтрофилез – 6/15%; лимфоцитоз – 12/30%; СОЭ более 12 мм/час – 11/27,5%. Лечение: виферон, циклоферон, анаферон, гроприносин, антибиотики. По койко дням: до 7 дней – 23/57,5%; до 10 дней – 12/30% и более 10 дней – 5/12,5%. Средний показатель по койко дням – 19,5.

Выводы: заболеваемость корью у детей до года высокая, протекает с осложнениями, часто имеет место фоновое заболевание. Отмечен необоснованно высокий процент непривитых детей, необходимо усилить контроль за выполнением национальной программы иммунизации, вести санитарно-просветительную работу, совершенствовать диагностические и терапевтические возможности.

Бердалиева Ф.А., Жумагулова К.Ж., Нуралиева Г.Н.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОГО ОСТРОГО ПОЛИОМИЕЛИТОПОДОБНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ У РЕБЕНКА В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

г. Шымкент, Республика Казахстан

Последний случай острого полиомиелита в РК был отмечен в 1999 году, а схожие по клиническому течению, но не подтвержденные вирусологическими исследованиями заболевания стали регистрироваться под диагнозом

ОВП (острый вялый паралич). Провоцирующим моментом в реализации ОВП может быть тяжелое инфекционное поражение нервной системы, вызванное возбудителями вирусной и бактериальной природы. Выявляемость данного синдрома по РК в 2009 году составила 2,4 на 100 000 детей до 15 лет.. Показатель выявляемости ОВП по нашей области составил 0,14 в 2011 г., 0,16 в 2012 г.; 0,05 в 2013 г. и 0,08 в 2014 г. Случай ОВП требует тщательного эпидемиологического, клинического, лабораторного исследования и определенной настороженности врачей в тактике ведения такого больного. Приводим клинический случай полиомиелитоподобного заболевания.

Ребенок С., 24.11.2010 г.р., был переведен из Тюлькубасского ЦРБ в Шымкентскую городскую инфекционную больницу 08.12.2014 г. с диагнозом: Острый вялый паралич. Острый полирадикулоневрит. Заболел остро 07.12.2014 г. когда утром ребенок не смог встать с постели, жаловался на слабость рук и ног, мать дала ему парацетамол, попарила ножки, но улучшения не было. По скорой помощи он был доставлен в ЦРБ, где было начато обследование, созван консилиум и принято решение о переводе. Из анамнеза: ребенок от 2-й беременности, протекавшей с угрозой прерывания, преждевременные роды, вес при рождении 2500 гр. Развитие соответствует возрасту. Привит по плану. Наследственность не отягощена. Месяц назад перенес ОРВИ, проводилось амбулаторное лечение, проведен курс ампициллина в/м. Контакт с инфекционными больными не установлен. Никуда не выезжал. Ребенок не организован. Особенности клиники: быстрое нарастание в течение нескольких дней симметричного вялого тетрапареза, общей гипотонии мышц, отсутствие сухожильных рефлексов в ногах и руках с нарушением чувствительности, присоединение бульбарных расстройств в виде нарушения глотания и речи, нарушение функции дыхания, переведен на принудительный режим ИВЛ, который длился в течении одного месяца. При поступлении в ОАК отмечался лейкоцитоз до $31,5 \times 10^9$, СОЭ – 29 мм/ч, в динамике наступила нормализация ОАК через 1 месяц. В анализе биохимии крови, мочи и кала при поступлении и в динамике патологии не выявлено. В спинномозговой жидкости данных за менингит нет, полиовирус не обнаружен (№4118-4119 от 30.12.14 г.). Заключительный клинический диагноз: Острый вялый паралич. Острый миелополирадикуло-неврит. Вялый тетрапез. Проводилось лечение: октагам – 1 раз, пентоглобин – 3 раза по 50,0 мл; преднизолон – 11 дней; дексаметазон – 7 дней; актовегин, цитофловин – 10 дней; пентоксифиллин – 7 дней, никотиновая кислота – 10 дней, пенициллин №10 дней, цеф – 3 №8 дней, гентамицин – 7 дней; улкарил; реамберин – 5 раз, инфезол – 22 дня, флюконал, прозерин – 20 дней, церебролизин – 10 дней, сироп цераксон, витамины: В6, В1, симптоматические (седация, анальгетики, коррекция электролитов); общий массаж, электрофорез с эуфилином + никотиновая к-та – 10 дней, сироп цераксон №10 дней, пираретам в/в струйно – 10 дней, гроприносин – 7 дней, ревит – 10 дней. По программе ИВБДВ проведена психостимуляция с игрушками, посещение родственников и т.д. На 70-й день госпитализации пациент с улучшением неврологического статуса (появились движения в руках и ногах, может глотать твердую пищу) выписан для дальнейшей реабилитации в отделение неврологии.

Данный клинический случай акцентирует внимание

практических врачей на необходимости своевременной диагностики случаев ОВП и оказании таким больным детям квалифицированной помощи.

*Бесхлебова О.В., Гранитов В.М., Дедков В.Г.,
Арсеньева И.В., Сафонова М.В.*

ЗНАЧИМОСТЬ МЕТОДА ПЦР В ДИАГНОСТИКЕ СИБИРСКОГО КЛЕЩЕВОГО ТИФА

г. Барнаул, Россия, Москва, Россия

Из 16 видов риккетсий группы КПЛ, являющихся патогенными для человека, на территории России обнаружено 7 видов: *R. conorii*, *R. sibirica*, *R. heilongjiangensis*, *R. slovacica*, *R. aeschlimannii*, *R. helvetica*, *R. raoultii*. Официально в Алтайском крае регистрируется только клещевой риккетсиоз (КР), вызванный *R. sibirica*, и все методы серологической диагностики ориентированы только на обнаружения антител к этому виду риккетсий. Кроме того, этиологическая роль *R. sibirica* в возникновении случаев сибирского клещевого тифа (СКТ) в крае подтверждается обнаружением ДНК *R. sibirica* s.s. в биоптатах с мест первичного аффекта у больных клинически диагностированным СКТ (Шпынов С.Н. и др., 2006). Наряду с *R. sibirica*, на территории Западной Сибири, в том числе Алтайского края, имеет место циркуляция *R. heilongjiangensis* (Шпынов С.Н. и др., 2003). Впервые подтвержденный молекулярно-биологическими методами (ПЦР, секвенирование) клинический случай КР, вызванного *R. heilongjiangensis*, на территории края описан нами в 2014 году (В.М. Гранитов и др., 2014). Все это, а также низкий процент серологического подтверждения диагноза СКТ в крае (около 50%) подтверждает важность использования ПЦР в диагностике КР как наиболее доступного и высокоспецифичного метода, направленного на детекцию самого возбудителя и определения его видовой принадлежности. Преимущество его заключается еще и в том, что для идентификации может быть использован любой биологический материал, в котором присутствуют риккетсии (плазма, сгусток, биоптат с места первичного аффекта).

С апреля по октябрь 2013-2014 гг. нами на базе инфекционного отделения КГБУЗ «Городская больница №5 г. Барнаула» было обследовано 118 больных с клинико-эпидемиологическим диагнозом «СКТ». Материалами для исследования служили сыворотка и сгусток, полученные из венозной крови больного, в первые сутки поступления в стационар и в динамике через 7-10 дней. У больных, имевших первичный аффект, производили забор биоптата с места первичного аффекта. Молекулярно-биологический скрининг на наличие ДНК риккетсий в исследуемых образцах (сыворотки, сгусток, биоптат с места первичного аффекта) проводился в ФБУН «Центральный НИИ эпидемиологии» Роспотребнадзора инновационной тест-системой для обнаружения ДНК, актуальных в Российской Федерации (РФ) риккетсий, методом ПЦР в реальном времени (ПЦР *Real-time*). Положительный результат подтверждался путем секвенирования полученных нуклеотидных последовательностей.

ДНК *R. sibirica* выявлена только у 37 из 118 (31,4%) больных. У одного больного в сыворотке крови генотипирована ДНК *R. heilongjiangensis* (Гранитов В.М. и др., 2014).

При исследовании биоптатов с места первичного аффекта ДНК *R. sibirica* генотипирована у 20 (54%) больных, из них у 11 – в острый период болезни (в среднем на 8±0,5 день болезни) и у 9 (в среднем на 9±0,4 день болезни) – в период реконвалесценции. У 29,7% больных – в сыворотке крови только в период разгара (в среднем на 5±0,4 день болезни). В 5 (14%) случаях ДНК *R. sibirica* обнаружена одновременно в сгустке крови и биоптате, и в 1 случае – во всех трех образцах.

Таким образом, диагностическая ценность исследования сыворотки крови методом ПЦР в диагностике КР имеет значение только в период разгара заболевания. Тогда как исследование биоптата с места первичного аффекта можно применять как в период разгара, так и в период реконвалесценции.

Бойбосинов Э.У., Кусаинова А.Ж., Максумова Г.С.

ЭПИЗООТИЧЕСКАЯ И ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ЛЕПТОСПИРОЗУ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

г. Алматы, Республика Казахстан

Лептоспироз, как природно-очаговый зооантропоноз, широко распространен в мире и до настоящего времени продолжает оставаться в отдельных регионах РК актуальной эпизоотологической, эпидемиологической, экологической проблемой.

Нами проанализирована многолетняя динамика заболеваемости этой инфекцией с 2001 по 2014 гг. Если в 2001-2002 гг. случаи заболевания не были зарегистрированы, то в 2003-2004 гг. наблюдается резкий рост (71 и 86 случаев на 100 тыс. населения соответственно). В последующие 2008-2012 гг. уровень заболеваемости колебался от 8 до 21 случаев соответственно. В 2014 году в Республике Казахстан зарегистрировано 12 случаев лептоспироза, показатель заболеваемости составил 0,07 на 100 тыс. населения, против 14 случаев в 2013 году (показатель – 0,08). Все 12 случаев лептоспироза зарегистрированы в Восточно-Казахстанской области и интенсивный показатель заболеваемости составил 0,9 на 100 000 населения. Распределение заболеваемости по полу показывает, что удельный вес женщин среди всех заболевших составил 72,0%. В целом по Республике удельный вес взрослого контингента составил 75%, детей до 14 лет – 25%. Многолетняя тенденция по республике показывает, что заболеваемость в 2014 году по сравнению с 2004 годом снизилась с 86 до 12 случаев. Удельный вес заболевших лептоспирозом городских и сельских жителей составил 75% и 25% соответственно. Характерна осенне-весенняя сезонность. Летальных случаев от лептоспироза не зарегистрировано. Предполагаемые факторы пути передачи инфекции выглядят следующим образом: продукты загрязненные испражнениями грызунов в 7 случаях (58,3%) и смешанный путь передачи в 5 (41,7%).

Также нами проанализированы результаты лабораторной диагностики лептоспироза, которая проводилась микроскопическим, бактериологическим, серологическим и генетическим методами. По Республике от больных и лиц, подозрительных на лептоспироз, всего исследовано микроскопическим методом 184 пробы, из них в 111 (60,3%) пробах выделены лептоспиры. Серологическим методом исследовано 868 проб сыворотки

крови, из них в 93 (10,7%) пробах выявлены лептоспирозные антитела. Генетическим методом исследовано 17 проб, из них выявлено 9 (53%) положительных результатов.

Пейзаж лептоспирозных культур от грызунов представлен 8 серогруппами (56) (2013г – 4) в том числе: *L. Javanica* – 8; *L. Manhao* – 19; *L. Pomona* – 7; *L. Diasiman* – 8; *L. Isterohaemorrhagiae* – 3; *L. Panama* – 6; *L. Australis* – 2; *L. Ranarum* – 3. В 2014 году из сыворотки крови грызунов преимущественно выделялись *L. Manhao* – 33,9% (2013 г – 50%) и *L. Javanica* – 14,3% (в 2013 г. – 32,1%).

Также в 2013 г. лабораторией ООИ ВКО области исследовано 1057 проб материала из объектов окружающей среды, в т.ч. методом РНАТ молоко – 141 проба (2012 г. – 141), в 4-х пробах выявлены лептоспирозные антигены (в 2013 г. – 1); вода из открытых водоемов – 1070 проб (в 2013 г. – 277), противолептоспирозные антитела выявлены в 20 пробах (в 2012 г. – 25). При серологическом исследовании 53 проб овощей, 2 проб почвы и 6 проб сыпучих продуктов (круп) лептоспирозные антигены не выделены.

Заболеваемость среди населения обусловлена наличием эпизоотии среди грызунов, о чем свидетельствует совпадение лабораторных данных этиологической структуры возбудителей лептоспироза у заболевших и данные этиологии положительных результатов проб внешней среды (*L. Javanica*, *L. Manhao*).

Результаты лабораторных исследований материала из внешней среды свидетельствуют, что возбудители лептоспироза имеют широкое распространение на территории области.

Проводились диагностические исследования животных на базе ветеринарных лабораторий области. Исследовано: крупный рогатый скот – 760 голов, лошадей – 195, плотоядных животных – 710, свиней – 130, мелкий рогатый скот – 20, все с отрицательным результатом.

Исходя из вышеизложенного мы считаем необходимым провести следующие мероприятия: организовать и проводить профилактические и противоэпидемические мероприятия по зоонозным инфекциям в полном объеме, с учётом путей передачи и факторов заражения населения, и обеспечить своевременную и полную взаимoinформацию между медицинскими и ветеринарными службами на местах об эпизоологической и эпидемиологической ситуации по лептоспирозу и другим зоонозным инфекциям с лабораторным обследованием.

Бондаренко Е.И.

ВЫЯВЛЕНИЕ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПЕРЕНОСИМЫХ ИКСОДОВЫМИ КЛЕЩАМИ, С ПРИМЕНЕНИЕМ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ (ПЦР И ИФА)

г. Новосибирск, Россия

В одной экосистеме среди инфекций, передаваемых иксодовыми клещами, одновременно могут циркулировать возбудители клещевого энцефалита (КЭ), иксодового клещевого боррелиоза (ИКБ), гранулоцитарного анаплазмоза человека (ГАЧ), моноцитарного эрлихиоза человека (МЭЧ), клещевого риккетсиоза (КР), а так же *Borrelia miyamotoi*, спирохета вызывающая у людей клещевые возвратные лихорадки (КВЛ). Таким образом,

существование сочетанных природных очагов клещевых инфекций требует комплексного подхода к выявлению в клещах целого спектра возбудителей. Выявление одного или нескольких из них с помощью ПЦР-анализа в дальнейшем способствует постановке правильного диагноза заболевания, возникшего в результате присасывания клеща и отсутствия превентивных мер защиты пациента. Оправдано применение комплексного подхода и с целью анализа клинических образцов с дополнением к основным серологическим методам исследования ПЦР-анализа в режиме реального времени (ПЦР-РВ), что повышает вероятность правильной постановки диагноза на ранних стадиях заболевания. Для выяснения этиологии развившихся заболеваний у 65 больных, поступивших на лечение в инфекционную больницу г. Иркутска после присасывания клеща в лихорадящем состоянии, нами и был применен комплексный подход с использованием методов ПЦР-РВ и ИФА. Для проведения ПЦР-анализа выделенных из крови больных образцов суммарных нуклеиновых кислот были использованы наборы серии «РеалБест» (ЗАО «Вектор-Бест», г. Новосибирск). Проведенные с помощью ПЦР-тестов исследования показали наличие в крови двух больных (3,1%) ДНК *Rickettsia spicis*, у трех больных (4,6%) выявлена ДНК *Borrelia miyamotoi* и у двух других больных (3,1%) РНК вируса КЭ. При этом нуклеиновые кислоты возбудителей ИКБ, ГАЧ и МЭЧ в крови лихорадящих больных обнаружены не были. В сыворотках 7 пациентов (10,8%) были выявлены антитела к антигенам боррелий, возбудителей ИКБ, с помощью ИФА-наборов «ЛаймБест-IgM» и «ЛаймБест-IgG» (ЗАО «Вектор-Бест»), причем в крови двоих из них обнаружена ДНК *B. miyamotoi*. Наличие ДНК *B. miyamotoi* в крови исследованных больных подтверждено с помощью секвенирования двух генов, *23S pPHK* и *glpQ*. Необходимо отметить, что ген *glpQ* имеется у боррелий, относящихся к группе КВЛ, куда входит *B. miyamotoi*, однако этот ген отсутствует у боррелий комплекса *Borrelia burgdorferi s.l.*, к которому относятся возбудители ИКБ. Проведенный ранее ПЦР-анализ свидетельствовал о встречаемости *B. miyamotoi* в клещах *I. persulcatus*, отловленных в Иркутской области. Использование нами синтезированного рекомбинантного белка *glpQ* в ИФА обеспечило выявление специфических антител к *B. miyamotoi* у 5 из 65 (7,8%) больных. Таким образом полученные нами данные с помощью ПЦР-РВ и ИФА свидетельствует о причастности *B. miyamotoi* к лихорадочным состояниям у части больных. Тем не менее 20 больным (30,8%) был поставлен диагноз КЭ на основании выявления специфических антител с помощью набора «ВектоВКЭ-IgM». Использование лабораторной версии ПЦР-теста по выявлению ДНК *Rickettsia spicis* не позволил установить вид риккетсии в крови трех больных. Однако, результаты анализа клещей, полученные с помощью ПЦР-тестов, способных дифференцировать ДНК двух патогенных видов риккетсий, свидетельствовали о циркуляции в этом регионе как *R. sibirica*, так и *R. heilongjiangensis*, и о возможной причастности в заболевании у людей КР обоих возбудителей.

Бумбуриди Е.В.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ТРЕНИНГА, ПРОВЕДЕННОГО ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ И ПРОТИВОЧУМНОЙ СЛУЖБ, В РАМКАХ ПРОГРАММЫ ПО ВЫЯВЛЕНИЮ И РЕАГИРОВАНИЮ НА ОПАСНЫЕ ПАТОГЕНЫ СВЕР (РАНЕЕ TADR) КАЗАХСТАН, 2011 Г.

г. Алматы, Республика Казахстан

Эпидемиологи санитарно-эпидемиологической (СЭС) и противочумной служб (ПЧС), занимающиеся эпиднадзором за особо опасными инфекционными заболеваниями в Казахстане, были охвачены 5-недельным тренингом в рамках реализации Программы по выявлению и реагированию на особо опасные патогены СВЕР (ранее TADR). Курс тренинга, разработанный специалистами CDC, включал стандартные определения случая особо опасных заболеваний, эпиднадзор, анализ данных, основы биостатистики, элементы аналитической эпидемиологии и аналитическую компьютерную программу EpiInfo. Тренинги начали проводить в 2008 году, и к 2011 году были обучены две группы эпидемиологов, которые имели возможность применить полученные знания и навыки на практике.

Инструмент оценки был разработан с учетом задач тренинга и проведенных ранее подобных оценок специалистами CDC. В оценку включен компонент подтверждения как средство определения валидности некоторых предоставленных ответов. Оценка была проведена для обученных лиц с давностью обучения более одного года и, которые после окончания тренинга продолжили работать эпидемиологами по эпиднадзору за ООИ. Анализ был проведен в статистической программе EpiInfo 2000.

Согласно опросу 22 эпидемиологов, разделы тренинга, связанные с описательной эпидемиологией, стандартизацией системы эпиднадзора, выявлением и расследованием вспышек были внедрены от 63% до 100% участниками СЭС. Разделы «выявление вспышек» и «анализ данных эпиднадзора» были более эффективно освоены и внедрены специалистами СЭС по сравнению со специалистами ПЧС (в 3,6 раза и 2 раза соответственно, $p=0.02$). Специалисты СЭС испытывали трудности по внедрению разделов «биостатистика», «элементы аналитической эпидемиологии», которые были использованы лишь 13% и EpiInfo 25% участников. Специалистам ПЧС удалось лучше внедрить разделы «биостатистика» - в 50% случаев ($p=0.02$), и EpiInfo - в 50% ($p=0.3$). Для улучшения внедрения разделов тренинга 5 (22%) участников тренинга указали, что им требуется оказание практической помощи на рабочем месте.

Материалы тренинга были успешно использованы в практике. Для лучшего использования навыков по биостатистике, аналитической эпидемиологии, программы EpiInfo необходимо продолжить обучение на рабочем месте посредством реализации совместных проектов, исследований вспышек, анализа баз данных.

Бумбуриди Е.В., Кыраубаев К.К.

УСИЛЕНИЕ СИСТЕМЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА КОНГО-КРЫМСКОЙ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ В 2013-2014 ГГ.

г. Алматы, Республика Казахстан

С 2011 года в Южно-Казахстанской области (ЮКО) утверждено приказом новое стандартное определение предположительного случая Конго-Крымской геморрагической лихорадки (ККГЛ), включающее признаки предгеморрагического периода заболевания и факторы риска заражения ККГЛ в эпиданамнезе. Был внедрен алгоритм лабораторного обследования случаев. Подтверждение ККГЛ проводилось в областной лаборатории ООИ с использованием ПЦР, иммуноферментного анализа на антиген и антитела М и G. Для внедрения новых подходов были обучены клиницисты, эпидемиологи и лабораторные работники.

Нами были описаны данные эпиднадзора, собранные с помощью утвержденной анкеты по расследованию случаев ККГЛ в 2013-2014 гг. Специалистами областного департамента ЗПП была составлена база данных на все зарегистрированные случаи ККГЛ, включая предположительные, вероятные и подтвержденные случаи. Проведена выверка лабораторных данных. Анализ данных производился в аналитической программе EpiInfo 2000.

В 2014 году было зарегистрировано 67 случаев ККГЛ, включая 8 лабораторно подтвержденных, 29 вероятных и 30 предположительных случаев. Доля лабораторно подтвержденных случаев от суммарного числа подтвержденных и вероятных случаев – находилась на одном уровне и составила 8/37 (22%) в 2014 г. и 6/26 (23%) в 2013 г. В течение 2013-2014 гг. лабораторно подтвержденные случаи регистрировались в 8 (57%) районах Южно-Казахстанской области. В 12 (86%) районах были зарегистрированы предположительные или вероятные случаи ККГЛ.

В 2014 году летальность среди подтвержденных случаев составила 2/8 (25%), суммарная летальность среди подтвержденных и вероятных случаев – 4/36 (11%); в 2013 году соответственно – 1/6(17%) и 2/26 (8%). В 2013-2014 гг. летальность среди подтвержденных и вероятных случаев снизилась по сравнению с 2012 годом в 2-2,7 раза. В 2014 году 100% случаев были обследованы в PCR1 и IgM1; в 2013 году охват составлял соответственно 73% и 99%. Вторым обследованием в 2014 году было охвачено в реакциях PCR2 и IgM2 – 75% случаев; в 2013 г. – 87% в IgM2. С учетом того, что в 2014 г. только 37 случаев ККГЛ отмечали в анамнезе укус клеща, доля обратившихся в ЛПО по поводу укуса составила 18 (49%); среди предположительных случаев – 15/24 (62%), вероятных случаев - 3/10 (30%), подтвержденные случаи по поводу укуса не обращались.

Опыт реализации нового подхода, направленного на раннее выявление, стандартизацию проведения эпидемиологического расследования, подтверждения и регистрации случаев ККГЛ можно считать успешным. В большинстве районов ЮКО использовали стандартное определение случая ККГЛ и алгоритм лабораторной диагностики. Собранные данные с помощью утвержденной анкеты по расследованию случая ККГЛ позволили сделать подробный эпидемиологический анализ. Требу-

ет усиления санитарно-просветительная работа среди населения о необходимости раннего обращения в ЛПО по поводу укуса клещом.

Веригина Е.В., Симонова Е.Г.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕНОСИМЫМИ КЛЕЩАМИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Москва, Россия

Проблема инфекций, переносимых клещами (ИПК), не теряет в Российской Федерации своей актуальности в течение многих лет. В связи с наличием на территории страны сочетанных очагов инфекции, большое значение имеет проблема так называемых микст-инфекций, когда при одном присасывании пострадавшему может передаваться несколько видов возбудителей ИПК - клещевой вирусный энцефалит (КВЭ), иксодовые клещевые боррелиозы (ИКБ), сибирский клещевой тиф (СКТ), моноцитарный эрлихиоз человека (МЭЧ), гранулоцитарный анаплазмоз человека (ГАЧ). В настоящее время в России проводится мониторинг всех вышеперечисленных инфекций. Заболеваемость ИПК учитывается при помощи системы федерального статистического наблюдения (ежемесячного и ежегодного), а также в еженедельном режиме с помощью оперативного сезонного мониторинга. Помимо мониторинга заболеваемости, проводится учет количества обращений населения в медицинские организации по поводу присасывания клещей. Так, ежегодно в стране регистрируется 400-500 тыс. обращений по поводу присасывания клещей (показатель обращаемости составляет в среднем 335 случаев на 100 тыс. населения).

По результатам мониторинга установлено, что заболеваемость КВЭ в Российской Федерации характеризуется тенденцией к снижению. Последние пять лет она регистрируется на уровне 1,36-2,47 случаев на 100 тыс. населения. Данная тенденция объясняется природными колебаниями численности переносчиков, а также проводимыми профилактическими мероприятиями.

Заболеваемость ИКБ колеблется на уровне 3,99-6,96 на 100 тыс. населения и характеризуется незначительной тенденцией к снижению.

Заболеваемость другими ИПК, такими как СКТ, астраханская пятнистая лихорадка (АПЛ), омская геморрагическая лихорадка, носит локальный характер. Так, например, заболеваемость СКТ в Российской Федерации в 2010-2014 гг. составила в среднем 1,1 на 100 тыс. населения и определяется регистрацией этой инфекции в субъектах Сибирского и Дальневосточного федеральных округов, где эти показатели составили 6,71 и 4,13 на 100 тыс. населения соответственно.

Учет заболеваемости МЭЧ и ГАЧ введен в систему федерального статистического наблюдения с 2013 года. В 2014 году зарегистрировано 54 случая МЭЧ (0,04 на 100 тыс. населения) и 258 случаев ГАЧ (0,18 на 100 тыс. населения).

Мониторинг инфицированности клещей также осуществляется с помощью форм статистического наблюдения в постоянном режиме, в частности, с помощью сезонного оперативного мониторинга. Так, например, установлено, что в 2010-2014 гг. инфицированность клещей возбудителем КВЭ составила в среднем по Российской Федерации 7,7%, ИКБ – 22,5%.

К территориям России, граничащим с Республикой Казахстан, относятся эндемичные одновременно по нескольким ИПК Новосибирская, Тюменская, Курганская, Челябинская области, а также Республика Алтай и Алтайский край, где случаи заболевания этими инфекциями регистрируются ежегодно. На данных территориях возбудителем КВЭ инфицировано 5-12%, а возбудителем ИКБ – 2-27% клещей. Данная ситуация требует постоянного динамического наблюдения на приграничных территориях, так как здесь создается возможность миграции инфицированных клещей через административную границу стран в пределах существующих природных очагов.

Войтенков В.Б., Вильниц А.А., Скрипченко Н.В.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПОВЫШЕНИЯ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И РАННЕМ РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Санкт-Петербург, Россия

Диагностика повышенного внутричерепного давления (ВЧД) в клинической практике сопряжена со значительными трудностями. Необходимо максимально быстрое выявление и назначение соответствующей терапии этого состояния, поскольку повышение ВЧД может приводить к повреждению мозговой ткани и даже летальному исходу. В педиатрической практике эта проблема имеет особую остроту.

В последние годы за рубежом широкое применение получила методика ультразвуковой диагностики повышенного ВЧД с помощью измерения диаметра диска зрительного нерва. Диаметр диска зрительного нерва увеличивается при повышении ВЧД. Верхний предел диаметра диска зрительного нерва в норме у взрослых составляет, по данным разных авторов, от 5 до 5,5 мм.

О применении методики у детей известно меньше, чем во взрослой практике. Вопрос о применении для УЗИ зрительного нерва портативных, простых в эксплуатации и отличающихся невысокой ценой аппаратов, судя по имеющимся у нас данным, специально не изучался.

Целью нашего исследования было изучение особенностей проведения методики исследования УЗИ зрительного нерва у детей с повышением ВЧД на фоне критических состояний, обусловленных инфекционными заболеваниями, и в раннем восстановительном периоде.

Обследовано 10 пациентов детского возраста в возрасте от 6 до 15 лет, средний возраст $10,7 \pm 3,6$. Пациенты поступили в критическом состоянии и находились на искусственной вентиляции легких в ОРИТ ФГБУ НИИ-ДИ ФМБА России. Диагнозы включали: у 3 пациентов вирусный энцефалит, у 5 менингит (2 пневмококковой и 2 менингококковой этиологии), пневмонию в 2 случаях. Всем пациентам проводилось УС-исследование зрительного нерва с двух сторон на аппарате Mindray M7/M7T. УС-исследование проводилось линейным высокочастотным датчиком 7,5-10 МГц. При визуализации глаза накладывалась над закрытой глазной щелью чистая тонкая адгезивная полоска «Тегадерм» перед нанесением геля, чтобы предотвратить загрязнение конъюнктивы. Датчик устанавливался в двух стандартных сечениях – поперечном и продольном. При сканировании визуализировалась

тень оболочки зрительного нерва и к 3 мм кзади от сетчатки измерялся диаметр оболочки зрительного нерва. Исследование проводилось трижды: при поступлении, через 7 дней и через 10 дней после выписки из ОРИТ, т.е. в периоде раннего восстановления.

Диаметр диска зрительного нерва у пациентов варьировали от 5,2 мм до 6,8 мм, средний размер $5,8 \pm 0,5$ мм. Таким образом, у всех пациентов наблюдалось расширение диска зрительного нерва по сравнению с нормой. На фоне улучшения состояния пациентов у всех наблюдалось уменьшение диаметра диска зрительного нерва в среднем до $5,2 \pm 0,2$ ($p < 0,05$). Наблюдавшееся уменьшение диаметра коррелировало с клиническим улучшением. Таким образом, у детей с критическим состоянием на фоне инфекционных заболеваний выявляемые ультразвуковые изменения возможно соотносить с клинической картиной. Как нам удалось показать, применение портативного ультразвукового аппарата Mindray у детей с повышением ВЧД на фоне критического состояния, обусловленного инфекционными заболеваниями, информативно; получаемые параметры отличаются устойчивостью и коррелируют с течением заболевания, в том числе в периоде восстановления после выписки, на фоне проводимых ранних реабилитационных мероприятий. Можно рекомендовать максимально широкое внедрение методики УЗИ зрительных нервов в педиатрической практике. Для первичной оценки и скринингового исследования и обеспечения должной оперативности могут применяться портативные аппараты, обладающие достаточным техническим совершенством и удобные в применении.

Войтенков В.Б., Скрипченко Н.В., Иванова М.В.

**ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ
РОБОТИЗИРОВАННОЙ МЕХАНОТЕРАПИИ У
ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ
РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА**

Санкт-Петербург, Россия

Цель: объективно оценить эффективность терапии с помощью прибора роботизированной механотерапии с положительной обратной связью и функциональной электростимуляцией MotionMaker у детей с двигательными нарушениями различного генеза.

Исследовано 20 человек, из них 14 пациентов основной группы, получавшей механотерапию (средний возраст 12 лет, разброс 10-15 лет; 4 девочки, 10 мальчиков), и 6 пациентов группы сравнения, получавших стандартную нейрореабилитацию (средний возраст 11 лет, разброс 9-17 лет; 3 девочки, 3 мальчика). Основная группа пациентов была распределена следующим образом: последствия миелита – 3 человека, последствия вирусных энцефалитов – 5 человек, ДЦП – 6 человек. Группу сравнения составили 6 человек, из них последствия вирусных энцефалитов – 2 человека, последствия ЧМТ – 1 человек, ДЦП – 3 человека. Всем пациентам основной группы (группы механотерапии) проводилась терапия на аппарате роботизированной механотерапии MotionMaker (Швейцария), 10 сеансов. Пациентам группы сравнения проводились физиотерапия, массаж, лечебная физкультура. Всем пациентам обеих групп до терапии и после нее проводилась диагностическая транскраниальная магнитная стимуляция (ТКМС). Регистрировались вызванные

моторные ответы (ВМО) с ног (*m. Abductor hallucis*). Регистрировались порог, латентность, амплитуда и форма ВМО, рассчитывалось время центрального моторного проведения (ВЦМП). Оценивалась асимметрия ВЦМП между сторонами с рук и ног.

Показатели группы сравнения достоверно не отличались после проведенной нейрореабилитации от таковых до лечения. В группе роботизированной механотерапии выявлено достоверное отличие по показателям проведения по левому моторному пути ($p < 0,05$). По амплитудным показателям и параметрам порога возникновения ВМО в основной группе везде наблюдалось достоверное улучшение после проведенного лечения, причем в случае амплитуд ВМО с правой стороны достоверность достигла значения $p < 0,01$. В группе сравнения по всем амплитудным параметрам наблюдалась положительная тенденция, не достигшая степени достоверности ни в одном случае. Пороги ВМО в группе сравнения никак не менялись по результатам проведенной терапии.

Выводы. Роботизированная механотерапия достоверно улучшает показатели проведения по моторным путям у детей с двигательными нарушениями. Скоростные показатели меняются в меньшей степени, чем амплитудные и параметры активности нейронов моторной коры. Выявленные изменения могут быть обусловлены активацией процессов нейропластичности. Диагностическая транскраниальная магнитная стимуляция может быть рекомендована в качестве технологии объективной оценки эффективности реабилитационных мероприятий.

Войтенков В.Б., Скрипченко Н.В., Клишкин А.В.

**НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ В
ДИАГНОСТИКЕ ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩИХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ**

Санкт-Петербург, Россия

В ФГБУ НИИДИ ФМБА России в течение ряда лет (2009-2014) проводилась комплексная нейрофизиологическая оценка состояния центральной нервной системы у детей с демиелинизирующими заболеваниями.

Проведено обследование 101 ребенка (9-17 лет): 54 пациентов с рассеянным склерозом (РС) или демиелинизирующим энцефаломиелитом (ДЭМ) и 47 неврологически здоровых детей группы сравнения, из которых 20 прошли исследование с помощью транскраниальной магнитной стимуляции (ТКМС) и соматосенсорных вызванных потенциалов (ССВП) и 27 – зрительных вызванных потенциалов (ЗВП). Все три исследования прошли 39 человек. В группе РС и ДЭМ обследовано 29 пациентов детского возраста и 20 детей группы сравнения. Все пациенты прошли неврологическое обследование, МРТ головного мозга, исследование ликвора (изоэлектрофокусирование на олигоклональные полосы IgG). За всеми пациентами осуществлялось динамическое наблюдение в течение от 2 до 3 лет, с использованием клинического, лабораторного и нейрорадиологического мониторинга. Установлено, что у 15 детей имел место дебют РС, у 14 – ОДЭМ. Для постановки диагноза рассеянный склероз использовались международные критерии McDonald, 2010. При исследовании зрительных путей обследовано 24 пациента с РС и 27 детей группы сравнения. Группа сравнения состояла из 10 мальчиков и 17 девочек, возраст от 8 до

17 лет, средний 12,9 лет. Группа РС состояла из 7 мальчиков и 17 девочек. Возраст варьировал от 9 до 17 лет, средний 13,9 лет. Жалобы на нарушение зрения, боли в глазу, снижение остроты зрения предъявляли 8 человек. У всех пациентов по данным МРТ наблюдалось многоочаговое поражение головного мозга, характерное для РС. Впоследствии диагноз РС был подтвержден клиническим наблюдением, повторными МРТ и данными анализа ликвора на олигоклональные антитела.

Между группами ОДЭМ, РС и группой сравнения наблюдались достоверные различия ($p < 0,01$) по показателям времени центрального моторного проведения (ВЦСП) при регистрации с нижних конечностей, а также амплитуд корковых пиков при стимуляции рук и ног. Полученные для группы ОДЭМ показатели отличались по всем параметрам от группы сравнения на уровне тенденции; степени достоверности эти отличия не достигали. Достоверных отличий между группами ОДЭМ, РС и сравнения по показателям скоростей проведения по моторным путям не зарегистрировано. Между группами ОДЭМ, РС и группой сравнения наблюдались достоверные различия по показателю асимметрии ВЦМП при регистрации с нижних конечностей. При исследовании ЗВП среднее значение латентного периода P100 в группе контроля (54 глаза) составляла $97,6 \pm 3,9$ мс, в группе пациентов с рассеянным склерозом (48 глаз) составляла $111,5 \pm 6,3$ мс. Среднее значение амплитуды пика N75-P100 в группе контроля составляла $11,8 \pm 6,3$ мкВ, в группе пациентов с рассеянным склерозом составляла $6,8 \pm 3,3$ мкВ. Различия по латентному периоду P100 и амплитуде пика N75-P100 между группой контроля и группой пациентов с рассеянным склерозом были достоверны ($p < 0,05$). Достоверных различий по разнице амплитуд между сторонами у группы сравнения и РС выявлено не было, в то время как разница латентностей отличалась достоверно ($p < 0,05$).

Выводы. У пациентов детского возраста с РС по сравнению с неврологически здоровыми детьми и пациентами с ДЭМ на стадии дебюта заболевания регистрируются достоверные нейрофизиологические различия: при РС повышена асимметрия проведения по моторным путям на спинальном уровне, замедлено проведение по соматосенсорным путям на спинальном уровне и понижена функциональная активность нейронов соматосенсорной коры. Выявленные отличия могут быть обусловлены более выраженным очаговым поражением спинного мозга, характерным для рассеянного склероза по сравнению с острым диссеминированным энцефаломиелитом. Более выраженные изменения соматосенсорных вызванных потенциалов по сравнению с данными транскраниальной магнитной стимуляции могут быть обусловлены преобладанием поражения сенсорной системы на ранних стадиях рассеянного склероза. При рассеянном склерозе у детей, в том числе без признаков ретробульбарного неврита в клинике, более чем в половине случаев наблюдается достоверное нарушение проведения по зрительным путям. Эти изменения преимущественно носят демиелинизирующий характер, нарушения аксонального типа встречаются реже.

Даминов Т.А., Туйчиев Л.Н., Худайкулова Г.К.

ВЛИЯНИЕ МЕТОДА РОДРАЗРЕШЕНИЯ НА РИСК ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ТРАНСМИССИИ ВИЧ

Ташкент, Узбекистан

Выбор безопасного метода родоразрешения ВИЧ-инфицированной беременной женщины – один из ключевых элементов программы профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР), так как риск инфицирования ребенка во время родов наиболее высок. По данным Европейского рандомизированного клинического исследования (1999 г.) по изучению влияния вида родоразрешения на уровень перинатальной трансмиссии ВИЧ, частота инфицирования детей ВИЧ при кесаревом сечении составила 1,8%, а при родах через естественные родовые пути – 10,5%. Однако исследования в этом направлении, проведенные в Республике Узбекистан, на сегодняшний день единичны и разрозненны.

Цель исследования: изучить влияние метода родоразрешения на формирование риска перинатальной трансмиссии ВИЧ.

Исследование проводилось в период 2007-2011 гг. на базе родовспомогательного комплекса РСНПМЦ Педиатрии. Под нашим наблюдением находились 148 ВИЧ-инфицированных беременных женщин. ВИЧ-статус беременных устанавливался стандартным методом (ИФА с последующим подтверждением методом иммунного блоттинга), либо методом экспресс-тестирования с последующим подтверждением стандартным методом. ВИЧ-инфицированные беременные женщины были разделены на 2 группы: 1 (основная) группа – 50 женщин, у которых реализовалась перинатальная трансмиссия ВИЧ их младенцам; 2 группа (сравнения) – 98 женщин, дети которых родились неинфицированными.

Согласно полученным нами данным, родоразрешение, регламентированное национальным протоколом (плановое кесарево сечение, произведенное на сроке 38 недель до начала родовой деятельности), производилось у более чем 80% женщин основной и контрольной группы (84% и 89,8% соответственно). Четких достоверных различий о влиянии метода родоразрешения на частоту перинатальной трансмиссии ВИЧ выявить не удалось (значение теста ² составило 15,2%). Вместе с тем, в группе женщин с реализовавшейся перинатальной трансмиссией ВИЧ удельный вес вагинальных родов составил 16% против 10,2% в группе сравнения (т.е. относительный риск перинатальной трансмиссии (RR) составил 1,4).

Вопреки имеющимся литературным данным, мы не выявили существенных статистических закономерностей в отношении влияния метода родоразрешения на риск перинатальной трансмиссии ВИЧ. Вероятно, это было связано с тем, что в стране с 2006 года действуют рекомендованные ВОЗ протоколы ППМР, в связи с чем, весьма низок процент женщин, которым помощь оказывалась не в соответствии с международными рекомендациями. Учитывая сохраняющийся риск перинатальной трансмиссии, большинство женщин сознательно выбирают метод elective кесарева сечения. При этом, несмотря на незначительные статистические различия, в когорте женщин с реализовавшейся перинатальной трансмиссией ВИЧ чаще регистрировались вагинальные роды, экстренное кесарево сечение, преждевременные роды.

Даниярова А.Б., Амиев А.С., Тиленова Л.С.

РОЛЬ ПРЕДМЕТА ЭПИДЕМИОЛОГИИ В ПОДГОТОВКЕ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

г. Алматы, Республика Казахстан

В последнее время в Казахстане заметно повысилась роль сестринской службы в первичной медико-санитарной помощи. Это связано с расширением функций этого персонала, передачей некоторых полномочий от врача. Следует указать о появившихся должностях в системе здравоохранения: социальные работники, вторая медицинская сестра для участкового врача, третья медицинская сестра для врача общей практики.

Опыт большинства стран показывает, что успехи здравоохранения зависят не только от оснащенности лечебных учреждений и возможности использования современных лекарственных препаратов, значительно важнее профилактическое направление.

Эту работу не могут выполнить только врачи, необходимо включение в нее всех медицинских работников, особенно медицинских сестер с более широкой и всесторонней подготовкой, способных проводить научные исследования, касающиеся не только совершенствования ухода, манипуляций, но и организации труда лечебных учреждений. Это далеко не полный спектр возможной деятельности медицинских сестер нового поколения.

Подготовка медицинских сестер с высшим образованием существует много лет, реализуются государственные стандарты обучения. Предмет «Сестринское дело в эпидемиологии и инфекционных болезнях» изучается на 3-м курсе в объеме 90 часов (2 кредита). Цель изучения дисциплины: формирование у студентов теоретических основ эпидемиологии и знаний методов эпидемиологической диагностики, основных положений и принципов клинической эпидемиологии.

Конечными результатами обучения дисциплины являются: умение использовать терминологию общей эпидемиологии для объяснения причин, условий, механизма развития и проявления заболеваемости; осуществлять оценку эпидемиологического благополучия населения на примере отдельных нозологических форм инфекционных болезней; используя статистические показатели, планировать и осуществлять реализацию календаря прививок; проводить прививочную и экстренную профилактику инфекционных заболеваний по эпидемическим показаниям, оценивать качество и эффективность иммунопрофилактики и экстренной профилактики; разрабатывать меры профилактического и противоэпидемического воздействия на эпидемический процесс.

Роль и значение эпидемиологии в подготовке бакалавра сестринского дела обуславливается широким распространением инфекционных заболеваний (включая микст-инфекции), появлением новых нозологических форм, связанных с эволюцией возбудителей инфекционных болезней и инвазий с полиморфизмом популяции как паразитов, существенным влиянием общественно-экономических условий на эпидемический процесс, а также необходимостью разработки и проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий.

Даулетбакова А.М., Жакипбаева Б.Т., Амиев С.А.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ПРИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ОЧАГОВ ТУБЕРКУЛЕЗА

г. Алматы, Казахстан

Эпидемиологические исследования очагов туберкулеза с применением новейших генотипических методов маркирования штаммов *M. tuberculosis*, играют важную роль в борьбе с распространением инфекции. Для выявления эпидемиологических связей, изучения путей трансмиссии, тождества возбудителя, выделенного от предполагаемого источника туберкулезной инфекции и заболевших в результате контакта с ним проведено эпидемиологическое обследование семейных очагов туберкулезной инфекции с применением молекулярно-генетических.

Проведено сопоставление генетического профиля 28 штаммов *M. tuberculosis*, выделенных от предполагаемых источников и от заболевших контактных лиц из 11 семейных очагов туберкулеза на территории Атырауской области, методом VNTR-типирования по 5 локусам - ETR-A, ETR-B, ETR-C, ETR-D, ETR-E (R.Frothingham и соавт.).

У обследованных нами лиц генотип 42435 выявлялся у 17 из 28 обследованных ($60 \pm 9,2\%$), от 10 источников у 8 ($80 \pm 12,6\%$) и из 17 контактных у 9 ($52 \pm 12,0\%$). Генотипы 22232 обнаружены у 2 ($20 \pm 12,6\%$) источников, и у 4 ($25 \pm 10,8\%$) заболевших контактных. Генотипы 32332, 42434, 42432 выделены у 4 ($25 \pm 10,8\%$) контактных и одного источника. В шести очагах с выделением генотипа 42435 совпадение генотипа отмечалось у 8 ($72,7 \pm 13,4\%$) из 11 заболевших. В одном очаге у источника и двух заболевших установлено полное тождество генетического профиля (22232). В четырех очагах, где не совпали генотипы возбудителей, дополнительное эпидемиологическое обследование позволило установить наличие других возможных источников инфекции.

Использование молекулярно-генетических методов (VNTR-типирование) при эпидемиологическом обследовании очагов туберкулеза показало, что в 7 очагах ($70,0 \pm 14,5\%$) у предполагаемых источников и у заболевших контактных были идентичные генотипы, что позволяет выявить эпидемиологические связи, указывает на экзогенный механизм распространения туберкулезной инфекции в семейных очагах.

Джанабаев Р.Т., Алиев Д.С., Алимжанова Г.Т.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО СИБИРСКОЙ ЯЗВЕ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

г. Шымкент, Республика Казахстан

В Казахстане с 1948 года зарегистрировано 1,767 тысячи стационарно-неблагополучных по сибирской язве пунктов, в том числе в Южно-Казахстанской области - 217 таких пунктов. В последнее время наблюдается сложная эпидемиологическая обстановка по сибирской язве в Алматинской и Западно-Казахстанской областях страны, где выявлены случаи заболевания со смертельными исходами животных и людей. В 2011 году в Республике Казах-

стан было зарегистрировано 6 случаев сибирской язвы, в том числе 3 в Южно-Казахстанской области. В 2012 году среди населения Республики Казахстан зарегистрировано 4 случая. За 2012 г. в ЮКО с подозрением на сибирскую язву зарегистрировано 4 случая, но лабораторно диагноз не подтвердился ни в одном из случаев. В 2013 г. случаев сибирской язвы в Казахстане зарегистрировано не было. В 2014 г. было 5 случаев сибирской язвы, из них 2 в Южно-Казахстанской области, показатель заболеваемости составил 0,07 на 100 000 нас.

Как показал анализ, наибольший риск заражения людей сибирской язвой в Казахстане связан с появлением эпизоотических очагов (более 98% ежегодных случаев заболевания людей).

В настоящее время, с развитием санитарно-эпидемиологической службы, с появлением антибиотиков широкого спектра действия, заболеваемость сибирской язвой носит лишь спорадический характер, проявляясь лишь иногда отдельными вспышками. В Республике Казахстан с 1996 года по 2005 год зарегистрировано 174 случая, из них в Южно-Казахстанской области зарегистрирован 81 случай сибирской язвы. Следует отметить, что практически все они носят профессиональный характер, то есть страдают люди, работающие с животными (выделка шкур, разделка туш крупного и мелкого рогатого скота).

На сегодняшний день актуальным для Южно-Казахстанской области является заболевание кожной формой сибирской язвы. Случаи заболевания отмечены в 217 населенных пунктах области, а из них зоной частых случаев являются четыре региона.

С 2003 года проводится ежегодный мониторинг стационарных скотомогильников неблагополучных районов по сибирской язве.

Таким образом, на основании проведенного анализа эпидемиологической ситуации по сибирской язве в Республике Казахстан и на Юге Казахстана можно сделать следующие выводы: эпидемиологическая ситуация по сибирской язве за последние годы улучшилась, но остается напряженной, этому способствует множество факторов. Во-первых, сохранение природных очагов и благоприятные для возбудителя климатические условия юга. Во-вторых, несмотря на проводимый объем работ по предупреждению (вакцинация, санитарно-просветительные работы) часто встречается кожная форма сибирской язвы, непосредственно у лиц, занимающихся животноводством. В третьих, нет настороженности у медицинских работников, в том числе ветеринаров в отношении заражения и заболевания сибирской язвой, что приводит к позднему выявлению с летальным исходом случаев заболевания.

Джанобаев Р.Т., Калдарбекова Г.М., Омарова Г.С.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОМ ЗА 2013-2014 Г.Г. В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

г. Шымкент, Республика Казахстан

Сальмонеллез в настоящее время не только остается одной из важнейших гигиенических и эпидемиологических проблем, но и приобретает все большее значение в связи с экологическим и экономическим неблагополучием во многих регионах, интенсивной миграцией населе-

ния. Большинство сальмонелл патогенны не только для человека, но и для различных теплокровных животных, птиц, рыб, пресмыкающихся и т.д.

В Южно-Казахстанской области в 2013 года зарегистрировано 38 случаев сальмонеллеза, показатель заболеваемости составил 1,41 на 100 тыс. населения, в 2014 году – 24 случая и 0,89 на 100 тыс. населения, заболеваемость снизилась на 36,9%. Среди заболевших сальмонеллезом основной удельный вес составляют в 2014 г. взрослые – (55,3%), в 2013 г. 64,8%. Чаще болеют городские жители. Смертельных случаев от сальмонеллеза в 2013-2014 годах не зарегистрировано. Внутрибольничная заболеваемость этой инфекцией в 2013-2014 гг. выявлена не была.

Распределение заболеваемости сальмонеллезом в 2013 году по социально-профессиональным группам показало следующее: неорганизованные дети – 13 случаев (34,2%), безработные – 11 (28,9%), школьники – 5 (13,2%), пенсионеры – 4 (10,6%), прочие – 2 (10,6%), служащие, медицинские работники и студенты – по 1 случаю (2,6%).

Все случаи сальмонеллеза подтверждены бактериологически (серологически). Было обследовано 111 контактных лиц по сальмонеллезу и выявлен 1 бактерионоситель. Исследовано 9623 проб из объектов внешней среды, положительных проб не было, в 2013 г. исследовано 12427 проб с выявлением *S. enteritidis* в 2 пробах (мясные продукты). Также было проведено бактериологическое обследование декретированных групп населения, обследовано 56761 человек, среди которых выявлено 34 бактерионосителя.

Таким образом, на основании проведенного анализа эпидемиологической ситуации на Юге Казахстана можно сделать следующие выводы: эпидемиологическая ситуация по заболеваемости сальмонеллезом стабильная с тенденцией к снижению, что связано со своевременным проведением профилактических и противоэпидемических мероприятий. С целью дальнейшего снижения заболеваемости сальмонеллезом необходима четкая координация усилий специалистов не только медицинской, но и ветеринарной, санитарно-ветеринарной и других служб и ведомств.

Джанобаев Р.Т., Курманбекова Ш.Ж., Абдраманова А.А.

ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО БЕШЕНСТВУ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

г. Шымкент, Республика Казахстан

Заболевание бешенством в наше время, несмотря на прогресс цивилизации, несет человеку и домашним животным не меньшую опасность, чем несколько десятков и даже сотен лет назад. В силу своей фатальности заболевание бешенством на данном этапе современной медицины сохраняет за собой позицию серьезной, пока еще недостаточно изученной и нерешенной проблемы.

За 1975–2000 гг. по Республике Казахстан зарегистрировано 154 случая заболевания бешенством людей, из них 92 случая (59,8%) в южных областях. С 2000-2005 гг. зарегистрировано 14 случаев бешенства, из них 5 (35,7%) в Южно-Казахстанской области –. Большую тревогу, чем интерес, вызывает учащение случаев бешенства у людей, в южном регионе Республики Казахстан за последние 7 лет. За 2006 – 2014 гг. зарегистрировано 60 случаев бешенства, из них более ½ случаев в Южно-Казахстанской

области (39,65%). В 2013 г. зарегистрирован 1 случай бешенства, показатель заболеваемости составил 0,04 на 100 тысяч населения, что по сравнению с 2012 г. значительно ниже. Количество укушенных больных, обратившихся в ЛПУ области, составило в 2014 г. 19775 случаев, что выше, чем в 2012 г. (18382 случаев). В 2014 г. случаев бешенства в Южно-Казахстанской области зарегистрировано не было.

Южно-Казахстанская область занимает лидирующее положение в республике по количеству природных очагов бешенства. Ежедневно в Центре амбулаторной хирургии г. Шымкента оказывают помощь 25–27 укушенным. Поэтому вопросам профилактики этого заболевания медики всегда уделяли самое серьезное внимание. Однако их усилий в предотвращении возможных трагедий явно недостаточно. Рабиологи области считают, что для того чтобы значительно снизить риск заболевания, необходим комплекс социально-профилактических мер. В частности, организация отлова бродячих животных.

В мире ежегодно умирает от бешенства более 55 тысяч человек и более миллиона животных, а около 7 млн. человек предотвращают смерть антирабическими прививками. Пока бешенство еще нельзя лечить, но можно предотвратить. При этом в развитых и некоторых развивающихся странах заболеваемость человека существенно ниже, поскольку там организована своевременная антирабическая помощь. Диагностирование бешенства на этапе клинических проявлений симптомов бешенства почти неизбежно приводит к смертельному исходу.

Таким образом, бешенство является одним из наиболее опасных инфекционных заболеваний наряду с ВИЧ, столбняком и другими болезнями. Можно значительно снизить риск заболевания, но для этого нужно проводить систематическую плановую борьбу с бешенством среди животных на основе массовых предохранительных прививок, уничтожение бешеных и бродячих собак, правильное содержание домашних животных и кошек, контроль за перевозками домашних животных как в масштабах страны, так и на международном уровне.

Джанобаев Р.Т., Масабаева А.Т., Акылбеков У.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР ЗА КОНГО-КРЫМСКОЙ ГЕМОРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ РК

г. Шымкент, Республика Казахстан

Актуальность исследования и эпидемиологического надзора за Конго-Крымской геморрагической лихорадкой обусловлена несколькими обстоятельствами. Изменение социальных, экономических и климатических факторов могут способствовать распространению инфекции ККГЛ в новых ареалах и увеличению заболеваемости в эндемичных районах. Не менее важным путем распространения инфекции стали нозокомиальные вспышки заболевания. ККГЛ является эндемичным заболеванием для Южно-Казахстанской области РК.

По данным эпидемиологического анамнеза за 6 лет было зарегистрировано 65 случаев ККГЛ: В 2009 году в области было зарегистрировано 22 случая ККГЛ, показате-

ль заболеваемости на 100 тыс. населения составил 0,9, в 2010 – 17 случаев, показатель заболеваемости на 100 тыс. населения составил 0,66, в 2011 году – 10 случаев, показатель заболеваемости – 0,38, в 2012 году – 3 случая, показатель заболеваемости – 0,11, в 2013 году – 5 случаев, показатель заболеваемости – 0,18, в 2013 году – 5 случаев, показатель заболеваемости – 0,18, в 2014 году – 8 случаев, показатель заболеваемости – 0,29. Из анализа возрастной структуры выявлено, что болеют люди преимущественно активного работоспособного возраста (20-50 лет), что составило 65,4% от общего числа заболевших. На возраст 0 – 19 лет приходится 23,10%, старше 50 лет – 11,5% заболевших. По данным эпидемиологического анамнеза 45,4% заболевших отрицали укусы клещей. В то же время у 27,2% заболевших отмечен контакт с больным ККГЛ, в 13,5% больные отмечали наличие контакта с заклещеванным скотом. Данные факты свидетельствуют о том, что заражение людей происходило в населенных пунктах, а не в дикой природе.

Наибольшее число больных (53,8%) было госпитализировано на 4-6 день от начала болезни; 30,7% – на 1-3 день болезни, 15,3% обратились и были госпитализированы позднее 7 дня от начала заболевания. Наиболее часто мы наблюдали носовое, десневое, кишечное, маточное кровотечения, в более редких случаях – желудочное, кровотечения из уха и из послеоперационной раны. Характерным признаком геморрагического синдрома в Южном Казахстане является позднее его развитие, присоединение полостных кровотечений, зачастую за несколько часов до гибели больного. В 2010 году в ЮКО по поводу укусов клещей за медицинской помощью обратилось 13755 человек, в 2011 году – 5790 человек, из которых 182 человека были госпитализированы. Остальные 5608 человек находились под наблюдением в домашних условиях, заболеваний среди них не зарегистрировано. В 2012 году обратилось 4662 человек, из которых 121 человек были госпитализированы, в 2013 году эти цифры составили 4995 и 93, в 2014 году – 3606 человек и 75.

Принят комплекс противоэпидемических и профилактических мер в отношении ККГЛ в ЮКО. Составлен и утвержден комплексный план мероприятий по борьбе с ККГЛ в области на 2010-2015 годы. Составлена карта области, районов и городов с нанесением наиболее неблагополучных населенных пунктов. Обеспечено финансирование противоклещевых и карантинных мероприятий. Бригадами санитарно-эпидемиологической службы обработаны защитные полосы вокруг населенных пунктов общей площадью 12 млн. 500 тысяч кв.м.

Досбаева Ж.Т., Танирбергенова А.Ж., Умешева К.А.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА НЕМОЗОЛА У ДЕТЕЙ С ЛЯМБЛИОЗОМ

г. Алматы, Республика Казахстан

Паразитарная заболеваемость населения характеризуется высокими показателями. Не менее 25% населения мира страдает глистными заболеваниями. По данным ВОЗ число больных кишечными гельминтозами достигает 1,4 млрд. человек. Среди гельминтов лямблиоз является наиболее распространенным видом паразитов. Лям-

блиозу подвержены все группы населения, однако в детской популяции эта патология встречается чаще, чем у взрослого населения, и составляет 30-60% (ВОЗ, 2008 г.).

Лечение детей с лямблиозом представляет очень трудную задачу. Поэтому поиск альтернативных препаратов и оптимальных схем терапии лямблиоза у детей является актуальной проблемой практического здравоохранения в связи с недостаточной эффективностью, часто наблюдаемыми побочными эффектами терапии, дорогостоящей традиционно применяемых схем.

Цель работы: изучение эффективности 5-дневного курса препарата Немозол (албендазол, ИПКА Лабораториз, ЛТД, Индия) в лечении лямблиоза у детей.

Под нашим наблюдением находились 45 детей в возрасте от 2 до 15 лет, наблюдавшихся в ГП №17 г. Алматы. Среди них мальчиков – 28, девочек – 17. У 44 детей получен положительный результат на лямблиозный антиген. Частота основных клинических проявлений лямблиоза была представлена следующим образом: кожные проявления в виде аллергического высыпаний – у 7 (15,9%), астено-вегетативные проявления – у 2 (4,5%), неустойчивый стул с примесью слизи – у 5 (11,3%), поражение печени – у 3 (6,8%), бронхо-легочный синдром – у 10 (22,7%), увеличение лимфатических узлов – у 3 (6,8%), склонность к запором – у 14 (31,8%) детей. Из лабораторных показателей эозинофилию в периферической крови находили у 25 (55,5%) обследованных. Диагноз «лямблиоз» в 100% случаев был подтвержден ПЦР и ИФА методом. Первичный лямблиоз регистрировали у 21 (47,7%), рецидивирующий – у 23 детей (53,3%). Из анамнеза известно, что ранее для лечения использовались препараты метронидазола (трихопол), декарис, а также вермокс.

В качестве этиотропного средства для лечения лямблиоза больным назначали Немозол из расчета 15 мг/кг, но не более 400 мг (1 таблетка), один раз в сутки в течение 5 дней. Детям раннего возраста препарат назначали в суспензии (100 мг албендазола в 5 мл). В комплексную терапию включили желчегонные препараты, энтеро-, газсорбенты. Клинический и лабораторный контроль проводили через 14 и 21 дней после проведенного лечения.

Процент эрадикации лямблий составил 95,4%. Препарат хорошо переносился детьми, лишь у двоих детей (4,5%) отмечалось обострение атопического дерматита. Таким образом, применение препарата Немозол у детей показало высокую эффективность в комплексной терапии лямблиоза.

Доскожаева С.Т.

ПРОБЛЕМЫ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА

г. Алматы. Республика Казахстан

В настоящее время, большая часть ВИЧ-инфицированных находятся или в ближайшем будущем перейдут в стадию вторичных заболеваний с разнообразными клиническими проявлениями. Эти пациенты обращаются за медицинской помощью в различные лечебно-профилактические учреждения с проявлениями ВИЧ-инфекции, за хирургической, дерматовенерологической и, в том числе, стоматологической помощью.

У 50% больных ВИЧ-инфекцией (на стадии СПИДа у 80%) развиваются различные поражения слизистой

оболочки ротоглотки. Врач-стоматолог должен знать поражения ВИЧ-инфекцией полости рта и патогенез заболеваний, стоматолог может участвовать в постановке диагноза, а также оказывать пациенту с ВИЧ-инфекцией адекватную стоматологическую помощь.

Обнаружение патологии на слизистой оболочке рта увеличивает значимость для диагностики и профилактических мероприятий у больных ВИЧ-инфекцией. Ранняя диагностика ВИЧ-инфекции и выявление падения иммунной сопротивляемости, которому может предшествовать (или сопровождать) прогрессирующая деструкция тканей полости рта, являются важными для больного. Отсутствие внимания к проблеме лечения острых инфекционных проявлений в полости рта может привести к осложнениям, неконтролируемым местным вмешательствам. Тщательный осмотр слизистой оболочки рта и тканей пародонта может не только способствовать определению состояния больного ВИЧ-инфекцией, но и стадии заболевания.

Доказано, что на фоне иммунодефицита при ВИЧ-инфекции резко снижается активность системы местного иммунитета полости рта, поэтому изменения полости рта часто являются одними из ранних клинических симптомов заболевания.

Клинические проявления ВИЧ-инфекции в полости рта разнообразны, могут быть различной этиологии: грибковой, вирусной, бактериальной. В связи с актуальностью проблемы, в условиях растущей пандемии для систематизации заболеваний полости рта при ВИЧ-инфекции была принята международная классификация ВОЗ (1991).

1-ая группа – поражения полости рта, часто связанные с ВИЧ-инфекцией: кандидоз, волосистая лейкоплакия, ВИЧ-гингивит, ВИЧ-периодонтит, саркома Капоши, лимфома не-Ходжкина.

2-ая группа – поражения, реже связанные с ВИЧ-инфекцией: атипичные изъязвления; заболевания слюнных желез; тромбоцитопеническая пурпура; вирусные поражения (кроме вызываемых вирусом Эпштейна – Барр): цитомегаловирусная инфекция, вирус простого герпеса, папилломавируса.

3-я группа – поражения, которые могут быть связаны с ВИЧ-инфекцией: бактериальные инфекции (исключая гингивит/периодонтит), вызываемые актиномицетами, кишечной палочкой, клебсиеллами, микобактериями; грибковые инфекции (кроме кандидоза), вызываемые криптококками, гистоплазмами; реакции на лекарственные препараты (многоформная экссудативная эритема, лихеноидная реакция); обострение атипичного периодонтита; неврологические нарушения: паралич лицевого нерва, невралгия тройничного нерва, остеомиелит, синусит, меланотическая гиперпигментация, плоскоклеточная карцинома.

Поражения слизистой оболочки рта помогают поставить предположительный диагноз на основании только клинических проявлений и выделить стадию болезни. Однако для подтверждения диагноза следует руководствоваться дополнительными лабораторными методами исследования.

Дуйсенова А.К.

ОСОБЕННОСТИ БРУЦЕЛЛЕЗА В ЭНДЕМИЧНОМ РЕГИОНЕ

г. Алматы, Республика Казахстан

Эпидемическая ситуация по бруцеллёзу в Республике Казахстан остаётся напряженной. Причем, регионы Республики существенно отличаются по уровню заболеваемости бруцеллёзом людей. Так, с использованием геоинформационных систем (ГИС) выделены области с высоким уровнем заболеваемости (3m-5m и выше) – Алматинская, Южно-Казахстанская, Жамбылская, Кызылординская, с низким уровнем заболеваемости (m/5-m/1,1) – Северо-Казахстанская, Мангистауская, Костанайская, Акмолинская, Павлодарская области, со средней заболеваемостью (m-2,9m) – Западно-Казахстанская, Карагандинская, Актюбинская, Атырауская и Восточно-Казахстанская, где m – средний уровень заболеваемости бруцеллёзом в Республике. Особую роль в заражении бруцеллёзом людей играет мелкий рогатый скот (козы и овцы). Косвенным подтверждением этому является регистрация максимального уровня больных бруцеллёзом людей на территориях, где имеется наибольшее поголовье мелкого рогатого скота. Бруцеллёз бычьего типа играет важную эпидемиологическую роль только в одной из областей Казахстана — Западно-Казахстанской и значимую в трёх: Восточно-Казахстанской, Актюбинской и Павлодарской, где наиболее развито разведение крупного рогатого скота.

Наличие перманентно существующих антропоургических очагов среди сельскохозяйственных животных, смещение эпизоотического очага из общественного сектора в частный, разнообразные пути передачи возбудителя инфекции от больного скота здоровым животным и человеку, устойчивость возбудителя во внешней среде и животноводческой продукции, высокая восприимчивость людей к данной инфекции создает постоянный высокий риск заражения широких слоев населения за счет контакта с животными и/или их продукцией. При этом отмечается все большее вовлечение в эпидемический процесс городских жителей и детей.

Иммунитет при бруцеллезе не стойкий, не напряженный (6-9 мес.), что создает условия для супер- и реинфицирования в очагах инфекции. Поэтому в эндемичных очагах фактор времени не может играть абсолютной роли в определении формы или стадии бруцеллеза, так как острый процесс может развиваться на фоне латентного бруцеллеза, а хроническое течение болезни может наблюдаться с самого начала процесса. В связи с выше изложенным, в Республике Казахстан патогенетически и клинически целесообразна классификация Н.Д.Беклемишева, который выделяет латентный, острый, подострый, первично- и вторично-хронический бруцеллез с обязательным указанием органапатологии. Нами в 2002 г. (Курманова К.Б., Дуйсенова А.К.) рекомендовано дополнение к данной классификации формы «Повторный бруцеллез (супер- и реинфекция)». В соподчинённой связи с активацией эпизоотического и эпидемического процессов на экосистемном уровне находится и инфекционный процесс на организменном уровне в виде эволюции клиники в сторону увеличения частоты острых форм бруцеллеза с ранним развитием очаговых метастатических и инфекционно-аллергических поражений у половины больных; и

как следствие этого возрастание доли вторично-хронического бруцеллеза по сравнению с первично-хроническим с более частым вовлечением в инфекционный процесс разных органов и систем и полиочаговостью (увеличение частоты поражений опорно-двигательной, сердечно-сосудистой, центральной нервной, половой систем).

Дуйсенова А.К., Курманова Г.М.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ АЛГОРИТМА ДИАГНОСТИКИ HBV-ИНФЕКЦИИ ПРИ СКРИНИНГЕ

г. Алматы, Республика Казахстан

Вирусный гепатит В (ВГВ, HBV-инфекция), несмотря на проводимую вакцинопрофилактику, остается серьезной медицинской и социальной проблемой не только в Азиатско-Тихоокеанском регионе, но и во всем мире. В РК вакцинация против ВГВ введена в календарь прививок в 1998 г., охват вакцинацией составляет 95-96%. Лицам, родившимся в 1996-97 гг. исполнилось всего 18-19 лет. Этот возраст ассоциируется с началом половой жизни, увлечением тату, пирсингом и др., планированием беременности, родов, расширением медицинского обследования и лечения. Хотя и проводилась программа вакцинации «вдогонку», но охват вакцинацией недостаточный.

В связи с этим, чрезвычайно важно выявлять источники инфекции ВГВ. Это – не только больные манифестными формами, но и больные с безжелтушной формой, лица с субклиническим (инаппарантным) течением острого ВГВ, больные хроническим ВГВ разной степени активности, циррозом печени и гепатоцеллюлярной карциномой. Особую группу составляют лица с occultным гепатитом и носители HBsAg. Следует отметить, что диагноз «Носительство HBsAg» правомочно выставлять только при отсутствии некровоспалительных изменений в биоптате печени. Occultная инфекция HBV может быть определена как персистенция (сохранение вируса в функционально активном состоянии в клетках организма) ДНК HBV в ткани печени (и в некоторых случаях в сыворотке крови) пациентов, у которых HBsAg не определяется в крови, с наличием или отсутствием анти-HBc антител. Occultный гепатит В эпидемиологически опасен, при этом сохраняется риск онкогенной трансформации и реактивации при иммуносупрессии.

В г. Алматы на 01.01.2015 г. на диспансерном учете состоят 3366 больных хроническими вирусными гепатитами, из них 1079 - ХГВ и 2287 - ХГС. В Казахстане, как в зоне высокой и средней эндемичности по гепатиту В 22-25% больных хроническими вирусными гепатитами инфицированы одновременно вирусами В и С, при этом доля больных гепатитом В в Республике Казахстан в 2 раза превышает больных гепатитом С и в 2 раза – больных с микст-гепатитами В и С. Причина кроется в неполном выявлении больных хроническим гепатитом В. При скрининге упускается не менее 30% больных ХВГВ. Только у 56-70% инфицированных HBV в сыворотке крови при ИФА выявляется HBsAg. При В+С ко-инфекция у 46-95% больных в крови определяется только анти-HBcore IgG, так как подавлена экспрессия антигенов HBV. При этом ПЦР на HBV ДНК может быть положительным. При наличии у пациента не только HCV, но и HDV подавление экспрессии антигенов HBV выражено еще в боль-

шей степени, что дает ложноотрицательные результаты ИФА. Низкая концентрация (ниже порога чувствительности). HBsAg может не определяться по следующим причинам: мутантный вирус (синтез и сборка частиц вируса без избыточного HBsAg), мутация в S-гене, кодирующем HBsAg (другая стереохимическая структура и свойства), оккультный гепатит, низкая чувствительность тест-систем. Интерпретация изолированных anti-HBcore антител сложна, так как это могут быть реконвалесценты гепатита В, ложноположительный результат, оккультный гепатит В.

Поэтому, выявление больных при скрининге только на основании положительных результатов HBsAg не отражает истинную ситуацию по распространенности HBV-инфекции. Алгоритм диагностики HBV-инфекции нуждается в расширении спектра обследования методом ИФА на всю панель маркеров без исключения с обязательным подтверждением методом ПЦР.

Егембердиева Р.А., Орадова А.Ш., Байхожаева Р.Ж., Туребеков А.А., Кашим Ж.К., Усенов У.Б.

СПЕКТР ВОЗБУДИТЕЛЕЙ КЛЕЩЕВЫХ ИНФЕКЦИЙ В КАЗАХСТАНЕ

г. Алматы, Республика Казахстан

На территории Казахстана официально регистрируется ряд трансмиссивных заболеваний, передающиеся клещами. К таким заболеваниям относятся Крымская-Конго геморрагическая лихорадка (ККГЛ), клещевой энцефалит (КЭ), клещевой сыпной тиф Северной Азии (клещевой риккетсиоз), туляремия. Однако известно, что клещи могут быть резервуарами значительного спектра патогенных агентов. В связи с чем возникла необходимость расширения спектра лабораторных методов диагностики клещевых инфекций и информирования заинтересованных лиц о разнообразии клещевых патогенов, циркулирующих на определенной территории.

Оценка зараженности клещей вирусом клещевого энцефалита (ТВЕВ), *B. burgdorferi* s.l., *B. miyamotoi*, *A. phagocytophillum*, *E. chaffeensis* и *E. muris* в отдельных регионах Казахстана.

В 2008 г. исследовано 281 клещей *I. persulcatus* из Восточно-Казахстанской области, 212 клещей *I. persulcatus* из Алматинской области. В 2014 г. из Актыбинской области было исследовано 33 клещей *Dermacentor marginatus*, из Атырауской области – 7 клещей *H. asiaticum*, *H. anatolicum*, *R. pumilo*, из Кызылординской области – 30 клещей *D. niveus*, из Жамбылской области – 30 клещей *D. daghistanicus*.

Определение патогенных микроорганизмов осуществляли методом РРВ-ПЦР с использованием тест-системы «Амплиценс-ТВЕВ, *B. burgdorferi* s.l., *A. phagocytophillum*, *E. chaffeensis/E.muris*» - FRT (ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора РФ, Москва), и разработанной на основе РРВ-ПЦР методики, специфичной для *B. miyamotoi*.

В результате исследования индивидуальных особей клещей установлена зараженность вирусом клещевого энцефалита в Восточно-Казахстанской области на уровне 2,8% (8 из 281). При генотипировании все изоляты отнесены к сибирскому подтипу ТВЕВ. В клещах также были обнаружены ДНК *B. burgdorferi* s.l. в 40,6% проб (в 114 из 281), ДНК *B. miyamotoi* в 2,1% проб (6 из 281),

ДНКА. *Phagocytophillum* в 2,1% (6 из 281), *E. chaffeensis/E. muris* в 7,8% (22 из 281). При типировании патогенных эрлихий все они были отнесены к *E. muris*.

В Алматинской области зараженность клещей вирусом клещевого энцефалита установлена на уровне 3,3% (7 из 212). ДНК *B. burgdorferi* s.l. выявлена в 36,8% проб (78 из 212), ДНК *B. miyamotoi* – 5,7% (12 из 212), *A. phagocytophillum* – 1,4% (3 из 212), *E. muris* – 6,1% (13 из 212). В Актыбинской области зараженность клещей вирусом КЭ составила 3,0% (1 из 33), *E. muris* – 72,7% (24 из 33), *A. Phagocytophillum* – 6,1% (2 из 33), на клещевой боррелиоз результаты получены отрицательные. В Атырауской области *E. Muris* обнаружена в 100% (7 из 7). Возбудители КЭ, КБ, анаплазмоза не были обнаружены. В Кызылординской области зараженность клещей ДНК *B. miyamotoi* составила 5,3% (1 из 19), *E. Muris* – 6,7% (2 из 30). Возбудители КЭ, КБ, анаплазмоза не были обнаружены. В Жамбылской области результаты на вышеуказанные 4 патогена отрицательные.

Выводы: впервые получены данные о наличии новых инфекционных патогенов в клещах (*B. burgdorferi* s.l., *B. miyamotoi*, *A. phagocytophillum*, *E. Chaffeensis* / *E. muris*) на территории Казахстана. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости дальнейшего и углубленного изучения клещевых инфекций в Казахстане.

Егембердиева Р.А., Сейдулаева Л.Б., Садыкова А.М., Умешева Л.А., Шапиева Ж.Ж., Туребеков Н.А., Кыраубаев К.К.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ИКСОДОВОГО КЛЕЩЕВОГО БОРРЕЛИОЗА В КАЗАХСТАНЕ

г. Алматы, Республика Казахстан

Официальная регистрация заболеваемости иксодовым клещевым боррелиозом (ИКБ) в Казахстане начата в 2012 году. Заболевание регистрируется в Алматинской и Восточно-Казахстанской областях. В дорегистрационный период в Восточно-Казахстанской области в г. Зырянск и г. Риддер больные с клинической картиной ИКБ также обращались за медицинской помощью.

Нами проведен анализ 62 историй болезни эритемной формой ИКБ за 2009-2012 г.

Эпидсезон ИКБ начинался с апреля и продолжался по октябрь месяц. Максимальная заболеваемость была зарегистрирована в апреле (34,4±7,47%), мае (39,1±6,1%). Соответствующая сезонность связана с участием в передаче инфекции клещей *Ixodes persulcatus* с пиком активности в апреле, мае. Заболевание ИКБ подвержены люди всех возрастов (от 2 до 75 лет). Возраст больных в основном был от 31 лет до 71лет и старше (80,3±4,9% - 53 случая). Мужчины, чаще чем женщины, болели в возрасте от 31 до 50 лет (33,4% против 23,1%), что, возможно, связано с работой в лесу, в степи, частыми походами в лес.

Все пациенты указывали на укус клеща за несколько дней до начала заболевания. Инкубационный период был от 1 до 26 дней и в среднем составлял 4,25±1,65 дня. Заболевание имело среднетяжелое течение. Большинство больных (74,2±5,56%) отмечали острое начало болезни. ИКБ начинался с выраженной интоксикации: повышение температуры тела (75,8±5,44%), слабость (93,5±3,13%),

головная боль ($67,7 \pm 5,94\%$), миалгии ($61,3 \pm 6,19\%$), головокружение ($25,8 \pm 5,56\%$). Первичный кожный аффект (ПКА) чаще был в области затылка ($27,4 \pm 5,66\%$), на животе, грудной клетке и боковых поверхностях туловища ($22,6 \pm 5,31\%$). Были случаи ($4,8 \pm 2,71\%$) с несколькими первичными кожными аффектами. Мигрирующая эритема у 60 больных ($96,8 \pm 2,24\%$) сочеталась с ПКА. У 8 больных ($12,9 \pm 4,26\%$) отмечались вторичные эритемы. Чаще встречались два вида эритем: сплошная с инфильтрацией ($67,7 \pm 5,94\%$) и единичная кольцевидная ($24,2 \pm 5,44\%$). У $75,8 \pm 5,44\%$ больных размер эритемы не превышал 10 см. У 46 ($74,2 \pm 5,56\%$) больных в области укуса клеща обнаруживалась регионарная лимфаденопатия. Поражение периферической нервной системы в период разгара болезни у некоторых пациентов проявлялось скованностью мышц на стороне укуса клеща ($14,5 \pm 4,47\%$), тоническими судорогами ($1,6 \pm 1,59\%$), чувством онемения ($4,8 \pm 2,71\%$) и болезненности ($41,9 \pm 6,27\%$), локальным повышением температуры кожи ($21 \pm 5,17\%$). На высоте лихорадки наблюдались тошнота, рвота, гиперестезия, усиление головной боли ($9,7 \pm 3,76\%$), менингеальные симптомы у 1 больного. У $19,4 \pm 5,02\%$ больных определялось умеренное увеличение печени, у $67,7 \pm 5,94\%$ - гиперемия зева, у $11,3\%$ - инъекция склер. У большинства больных ИКБ (73%) в периоде разгара заболевания показатели крови характеризовались нормоцитозом. В остальных 37% случаев определялся либо лейкоцитоз, либо относительный лимфоцитоз. Повышение СОЭ в период разгара регистрировалось у 25% больных.

Больные получали этиотропную (антибиотики) и патогенетическую терапию. Исход болезни при выписке благоприятный.

Таким образом: на территории Казахстана имеются природные очаги иксодового клещевого боррелиоза. В передаче инфекции участвуют клещи *Ixodes persulcatus*. Для острой эритемной формы ИКБ характерны симптомы интоксикации, мигрирующая эритема в сочетании с ПКА, признаки поражения периферической нервной системы.

Жаикбаев Н., Амиреев С.А.

**ПЕРВОЕ НАЦИОНАЛЬНОЕ РУКОВОДСТВО
«ИММУНИЗАЦИЯ НА ПРАКТИКЕ»
КАК СРЕДСТВО ИННОВАЦИОННОГО ПОДХОДА
В ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ МЕДВУЗОВ И ВРАЧЕЙ
ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ**

г. Алматы, Республика Казахстан

В арсенале средств врачей прошлых веков против инфекционных болезней, в первую очередь против натуральной оспы, ведущую позицию занимала иммунизация людей специально приготовленным препаратом. В создании, усовершенствовании и внедрении в медицинскую практику противооспенной вакцины особое место принадлежит трудам выдающегося казахского ученого и врача О. Глеукабылулы (1397-1486). Он за 350 лет раньше Э. Дженнера (1796) предложил оригинальную передовую технологию оспенной вакцины и более 1000 лекарственных средств с рецептурой. Им написан на казахском языке энциклопедический труд «Шипагерлик баян» (1467) по медицине и фармакологии, где использована собственная терминология. Как бы продолжая направление,

определенное О. Глеукабылулы более 5 веков назад, современное поколение казахстанских ученых издало фундаментальный труд – «Иммунизация на практике» - первое национальное руководство по иммунопрофилактике инфекционных заболеваний в РК.

В 10 главах и приложениях Национального руководство на высоком уровне освещены современные организационные и научно-технические проблемы иммунизации в целом, в т.ч. вакцинопрофилактики. Основной является 2-я глава «Инфекции национального календаря профилактических прививок РК», где по 27 инфекциям подробно приведены все практические требования и способы их реализации по каждому виду вакцин и других иммунопрепаратов.

Удачным новшеством является предложенная нами тактика совмещения в календаре прививок РК «старых» и вновь предлагаемых вакцин. На этой основе разработана новая оригинальная схема реализации плановых прививок и прививок по эпидпоказаниям. Она утверждена Постановлением Правительства РК № 2295 от 2009 г. и последующими изменениями к нему. Другие главы дополняют основную и отражают теорию, стратегию и тактику организации прививок, возможность развития реакций и осложнений, способы их преодоления. Подробно описана техника выполнения каждого способа введения препарата. Руководство также снабжено необходимыми нормативно-правовыми актами и глоссарием.

С целью совершенствования оказания иммунологической помощи населению Правительством и органами здравоохранения РК при нашем участии разработаны и действуют общереспубликанские научно-практические программы и новые структуры:

1. Государственная программа «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 годы, где предусмотрена вакцинация детей раннего возраста против пневмококковой инфекции и снижение детской смертности на 20%.

2. Программа развития онкологической помощи на 2012-2016 годы, где в 2016 г. предусмотрена вакцинация девочек в возрасте 11-12 лет (5 класс) против папилломавирусной инфекции.

3. Значительно обновлен Национальный календарь профилактических прививок РК, куда вошли две новые прививки (против пневмококковой и папилломавирусной инфекции), отсутствующие в календарях прививок стран СНГ.

4. Создан Национальный консультативный комитет по иммунизации с основной задачей – разработка рекомендации по внедрению новых вакцин в прививочную практику РК.

5. Бывшая Республиканская СЭС преобразована в Научно-практический Центр Санэкспертизы и мониторинга (НПЦ СЭЭ и М).

6. На базе КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова совместно с НПЦ СЭЭ и М впервые среди стран СНГ создана «Школа вакцинологии» им. проф. Р.Д. Аспетова, одной из основных задач которой является – повышение информированности населения и медработников о пользе и возможностях иммунопрофилактики путем издания доступных информационных материалов, к числу которых относится Национальное руководство «Иммунизация на практике».

Жаикбаев Н., Имангалиева О.В., Жакан Ж.Ж.

К ВОПРОСУ ОБ ЭЛИМИНАЦИИ КРАСНУХИ В КАЗАХСТАНЕ

г. Алматы, Республика Казахстан

Со времени открытия Н. Греггом (1941) тератогенного действия вируса краснухи эпидемиология и профилактика данной инфекции стала предметом пристального изучения. Этому способствовали также тяжелые последствия крупной эпидемии в США (1964-1965), когда от заболевших краснухой в период беременности женщин родилось более 20 тыс. детей с уродствами и другими аномалиями внутриутробного развития.

В результате ВОЗ (1998) предложила всем странам Европейского региона приступить к элиминации кори и краснухи к 2010 г. В данном случае РК не могла остаться сторонним наблюдателем. Кроме того, в РК возникли крупные вспышки кори и краснухи одновременно (2004-2005). Сложившаяся эпидситуация по обеим инфекциям вынудила прибегнуть к срочным мерам – организовать и провести в 2005 г. дополнительные туры массовой иммунизации с охватом детей, девочек - подростков и женщин детородного возраста до 40 лет в организованных коллективах. Использовались моно-, ди-, тривакцины (ККП) против кори, краснухи и эпидпаротита (Индия). Только в дни национальной иммунизации (НДИ) в Алматы вакцинировано около 295 тыс. человек, выполнение плана по детям составило 95,2; по девочкам – подросткам и женщинам – 98,3%. Столь стремительное повышение иммунной прослойки среди целевых групп населения в отношении краснушной инфекции в 2005 г. с последующим переходом на календарные прививки детей привело к значительному ослаблению эпидемического процесса краснухи в дальнейшем. Так, за последнее 10-летие (2005-2014 гг.) по сравнению с предыдущим 10-летием заболеваемость краснухой в РК снизилась в 98 раз, при этом за 2010-2014 гг. среднегодовая заболеваемость на 100 тыс. населения составила 0,29. Как видно, до поставленной ВОЗ цели (0,1 на 100 тыс.) осталось совсем немного времени. Самая минимальная заболеваемость наблюдалась в 2010 г. – всего 3 случая (показатель – 0,02 ниже, чем критерий ВОЗ). С 2007 г. республика перешла на плановую иммунизацию двумя дозами ККП вакцины детей дошкольного возраста с ежегодным $\geq 95\%$ охватом. В этих условиях следовало ожидать плавное угасание эпидемического процесса краснухи в динамике. Однако, реальная ситуация не такова. При раздельном анализе заболеваемости вакцинального периода (2005-20104 гг.) на два пятилетия: в первом (2005-2009 гг.) среднегодовая заболеваемость составила $23,2 \pm 6,9$, а во втором (2010-2014 гг.) – $0,29 \pm 0,12$. Различия между уровнями заболеваемости по 5-летиям более чем достоверно – в 80 раз. Казалось бы эпидситуация по краснухе должна быть значительно благоприятнее в первом периоде вакцинопрофилактики, чем во втором, так как именно в 1-периоде объемы прививок были гораздо больше (туры НДИ, охват девочек – подростков, женщин до 40 лет, прививки «вдогонку»). В целом за вакцинальный период годовые показатели заболеваемости далеки от стабилизации, различия составляют десятки и более раз. Кроме того, наблюдается разная (противоположная) направленность тенденции заболеваемости по 5-летиям вакцинального периода. При выравнивании годовых показателей заболеваемости

по способу наименьших квадратов в первом периоде происходило закономерное интенсивное снижение с Т-6,9, в то время как во втором периоде (2010-2014 гг.) годовые показатели, наоборот, повысились с Т+0,18. При сохранении последней тенденции добиться элиминации краснухи в РК требует приложения дополнительных усилий при осуществлении эпиднадзора за краснухой и СВК.

Жандосов О.К., Жандосов К.М.

ВЛИЯНИЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ НА КАЧЕСТВО СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЖЕЛУДКА (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ)

г. Алматы, Республика Казахстан

Причины повсеместного уменьшения заболеваемости раком желудка в настоящее время еще не выяснены, однако наиболее вероятную роль сыграло изменение характера питания и стиля жизни. С другой стороны, результаты диагностики и лечения рака в Казахстане жлеают быть лучшими. В 2012 году зарегистрировано случаев рака 32005 (30299 – 2011 г.), из которых 44,6% (45,7% – 2011 г.) выявлено у мужчин, 55,4% (54,3% – 2011 г.) – у женщин. В структуре онкопатологии основных форм злокачественных новообразований рак желудка находится на 4-м месте (8,5% – 2012г. и 8,8% – 2011 г.). Среди женщин по рангам рак желудка стоит на 4-м месте (5,7% – 2012 г. и 6,2% – 2011 г.), а среди мужчин – на 2-м месте (12,0% – 2012 г. и 12,0% – 2011 г.). Заболеваемость раком желудка была выше среднереспубликанских значений в Павлодарской (25,4‰), Костанайской (25,3‰), Акмолинской (24,3‰), Северо-Казахстанской (22,7‰), Карагандинской (20,6‰), Восточно-Казахстанской (20,4‰), Западно-Казахстанской (17,7‰) областях. Низкие показатели отмечены в Алматинской (13,7‰), Атырауской (11,3‰) и Южно-Казахстанской (9,9‰) областях.

Целью данной работы являлось подчеркнуть роль звена первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в своевременной диагностике рака желудка.

После проведения анализа определены средние значения заболеваемости и смертности при раке желудка, выделена роль ПМСП в своевременной диагностике рака желудка.

Ранняя диагностика злокачественных заболеваний желудка зависит в основном от онкологической настороженности врачей ПМСП и их профессиональной подготовки по дальнейшей тактике ведения заболевших. Постоянная работа по здоровому образу жизни с медицинскими работниками ПМСП и населением, направленная на профилактику злокачественных новообразований, является важным компонентом, способным понизить уровень заболеваемости раком. Совершенствование санитарно-просветительной работы, проведение скрининговых исследований, диспансерное обследование населения своевременное обращение пациентов при подозрении на патологию, применение комплексного обследования населения, улучшат своевременную диагностику злокачественных новообразований и результаты лечения.

В 2012 году в г. Алматы состояло на диспансерном учёте на начало отчётного года 632 больных раком желудка, что составило 3,6% от всех злокачественных заболева-

ний (667-2011г., 4%). Взято на учёт в отчётном 2012 году 212 (6,3%) больных с впервые установленным диагнозом (213-2011 г., 6,7%) и 15 (7%) больных с ранее установленным диагнозом (9-2011 г., 4,2%). Диагнозы были подтверждены патоморфологически.

В 2012 году из числа больных раком желудка с впервые в жизни установленным диагнозом имели I-II стадии заболевания 47 (22,2%) человек (46-2011 г., 21,6%), III стадию — 123 (58%) человека (147-2011 г., 69%), IV стадию — 42 (19,8%) человека (20-2011 г., 9,4%).

Более 5 лет состояло на учёте на конец 2012 отчётного года 323 больных раком желудка, что составило 51,1% (298-2011 г., 44,7%).

После консультации онколога возможно определить вид специального лечения: хирургический, химиотерапевтический, лучевой, малоинвазивный, комбинированный, комплексный. В случаях прогрессирования опухолевого процесса и при наличии сопутствующей патологии возможно проведение симптоматической терапии и оказание паллиативной помощи по четвёртой клинической группе в дневном стационаре или на дому амбулаторно.

В результате проведенного исследования можно сделать следующий вывод: основной задачей участкового врача/врача общей практики в его работе по профилактике рака желудка на этапе ПМСП является своевременное распознавание и лечение предопухолевых заболеваний. Важно выявление факультативных и облигатных предраковых состояний, на фоне которых развивается рак, а также ранняя диагностика злокачественной опухоли, что является ведущим критерием изменения эпидемиологических показателей.

*Жетибаев С.Д., Газиев Б.Х., Турдыматов И.П.,
Кулатаева М.А., Кутумова А.А.*

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЭПИЗООТОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА ЗА ТУЛЯРЕМИЕЙ НА ТЕРРИТОРИИ ЖАМБЫЛСКОЙ ОБЛАСТИ

г. Тараз, Республика Казахстан

В Жамбылской области в низовьях реки Шу существует природный очаг туляремии тугайного типа, на территории которого расположены 4 населенных пункта (Мойынкум, Кылышбай, Кумозек, Карабогет) Мойынкумского района. Основным носителем и переносчиком возбудителя признаны клещи *Rh.pumilio*, найденные зараженными в природе. Последний случай туляремии в области был зарегистрирован в 1968 году.

Задачи: Снижение численности источников и переносчиков инфекции. Уменьшение восприимчивости к туляремии населения путем иммунизации. Меры, направленные на оздоровление природного очага и не допущение распространения туляремийной инфекции на новые территории.

Проведение постоянного зоолого-паразитологического мониторинга за территорией природного очага с целью обнаружения эпизоотий туляремии и установления их границ, изучение закономерностей течения эпизоотического процесса. Сбор полевого материала: иксодовых клещей, грызунов, погадок и экскрементов пернатых и наземных хищников, отбор гнездового материала, воды, зерно-фуража для последующего их лабораторного исследования на туляремию. Проведение превентивных

истребительных работ против клещей и грызунов на территории природного очага с целью исключения рисков эпидемических проявлений среди людей.

Для обеспечения оперативного мониторинга за эпизоотологической ситуацией, протекающей в природном очаге туляремии Жамбылской области и своевременного проведения работ по изучению возможности миграции носителей, переносчиков, материала из объектов внешней среды на ранее благополучные участки проводился сбор вышеперечисленного полевого материала не только на неблагополучной территории Мойынкумского района, но и на сопредельных участках. Для проведения данных работ ежегодно составляется план по сбору материала, где четко отражены объемы и сроки доставки. В дальнейшем поступивший материал исследуется лабораторией особо опасных инфекций не только на туляремию, но и на ряд природно-очаговых инфекций. К примеру, в ходе лабораторных исследований 2141 пробы материала из объектов внешней среды, доставленного за 2014 год, было получено 36 серологически положительных проб на природно-очаговые инфекции, в том числе: на туляремию – 18 (от погадок/экскрементов и зерно-фуража), на клещевой энцефалит – 9 (от клещей), на Конго-Крымскую геморрагическую лихорадку (ККГЛ) – 4 (от клещей), кишечный иерсиниоз – 2 (от грызунов), листериоз – 2 (от грызунов), пастереллез – 1 (от грызунов). Учитывая сопряженность природных очагов ККГЛ и туляремии на территории Мойынкумского района, проводимые защитные истребительные мероприятия по борьбе с клещами несут положительный эффект сразу по обеим инфекциям, что подтверждается отсутствием заболеваемости среди людей.

Выводы: Лабораторно подтвержденные положительные находки от разных видов доставленного полевого материала с ранее благополучных территорий настоятельно свидетельствуют о правильности выбранной нами стратегии по проведению обследовательских работ на туляремию и необходимости расширения зоны поиска по забору материала из объектов внешней среды для исследований. Проводимая работа позволяет своевременно информировать заинтересованные службы для оперативного воздействия на пути передачи и прервать звенья эпизоотического процесса с целью недопущения заражения людей туляремией.

*Жетибаев С.Д., Газиев Б.Х., Турдыматов И.П.,
Кулатаева М.А., Кутумова А.А.*

ТАКТИКА КОМПЛЕКСНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ ПРИРОДНОГО ОЧАГА КОНГО-КРЫМСКОЙ ГЕМОРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЖАМБЫЛСКОЙ ОБЛАСТИ

г. Тараз, Республика Казахстан

Одним из действующих очагов Конго-Крымской геморрагической лихорадки (ККГЛ) Республики Казахстан - является природный очаг Жамбылской области, расположенный на территориях Сарыуского, Мойынкумского и Таласского районов. Непосредственно в зоне природного очага находится 49 населенных пунктов с населением более 70 тысяч человек. Существование и ежегодные эпидемиологические проявления данного очага

связаны с обитанием в природе иксодовых клещей родов *Hyalomma* (*A. asiaticum*) и *Dermacentor* (*niveus*), являющихся основными переносчиками ККГЛ. За 32 года с момента существования очага заболело ККГЛ 270 человек, из которых умерло 22.

Цель: Недопущение заражения людей находящихся на территории природного очага ККГЛ Жамбылской области, путем регулирования численности клещей-переносчиков на наиболее опасных участках.

Проведение действенного мониторинга эпидемической ситуации и прогнозирование активности биоэкологических процессов в природном очаге путем зоолого-паразитологического обследования неблагополучной территории со сбором иксодовых клещей и последующим их лабораторным исследованием на ККГЛ, ранняя диагностика для оперативного выявления и лечения больных. Проведение превентивных противоклещевых работ вокруг населенных пунктов, расположенных на территории природного очага, с целью снижения риска эпидемических проявлений среди людей.

Лаборатория особо опасных инфекций РГКП «Жамбылский областной центр санитарно-эпидемиологической экспертизы» Комитета по защите прав потребителей Министерства национальной экономики РК одна из первых в РК начала исследования клещей и материала от людей на ККГЛ методом серодиагностики. С 2003 года начались исследования на ККГЛ методом иммуноферментного анализа (ИФА) для выявления наличия в сыворотке крови людей специфических иммуноглобулинов классов IgM и IgG и обнаружения специфического антигена от клещей. С 2006 года внедрены генетические исследования методом полимеразной цепной реакции (ПЦР)- выделение РНК вируса ККГЛ с последующей амплификацией в режиме реального времени. За 2014 год было исследовано клещей на выявление маркеров ККГЛ: методом ИФА 3607 проб, выявлено 104 положительных пробы (2,9%), методом ПЦР 62 пробы, из них положительных - 8 проб (12,9%). Финансирование профилактических и противоэпидемических мероприятий в природном очаге ККГЛ до 2009 года осуществлялось местными акиматами, а с 2009 года Министерством здравоохранения РК. Начиная с 2011 года, проведение противоклещевых мероприятий стало двукратным (весной и осенью), что позволило значительно снизить общую численность и инфицированность клещей, а соответственно, и риск заражения людей. Указанные работы проводились путем создания защитных противоклещевых полос методами опыления территорий дустами и аэрозольной обработкой растительности и кустарников жидкими акарицидами. В 2014 году противоклещевые обработки вокруг населенных пунктов, расположенных в природном очаге ККГЛ Жамбылской области, были проведены весной и осенью на общей площади 13118 га. Эффективность выполненных противоэпидемических работ подтверждается фактом недопущения случаев заболевания ККГЛ среди людей. Уровень заболеваемости удерживается с 2004 года на спорадическом уровне.

Выводы: Ранняя лабораторная диагностика и своевременное проведение комплекса защитных профилактических противоклещевых мероприятий в Жамбылской области на фоне высокой активности природного очага, большой численности и инфицированности переносчиков вирусом ККГЛ, позволяет обеспечивать эпидемиоло-

гическую безопасность людей, проживающих на данной территории, не допускать их заражения и удерживать заболеваемость на спорадическом уровне.

Жетибаев С.Д., Капасакалис В.А., Ахметова Г.Т., Байжанова А.У., Сыбанбаева Ж.З.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ИНДИКАЦИИ ВИРУСА ГРИППА

г. Тараз, Республика Казахстан

Своевременная индикация вируса гриппа на определенной территории является одним из важнейших условий эффективности профилактических, противоэпидемических мероприятий, позволяющих не только влиять на эпидемический процесс, но и обеспечивает высокий экономический эффект путем снижения уровня заболеваемости.

Задачи: Совершенствование лабораторного контроля за циркуляцией вируса гриппа на территории Жамбылской области.

Санитарно-эпидемиологической службой Жамбылской области круглогодично, начиная с 2009 года, проводится изучение циркуляции вируса гриппа в рамках программы «Дозорного эпидемиологического надзора» (ДЭН). Это позволило обеспечить исследования материалов (мазок из зева и носа) на грипп от амбулаторных больных с симптомами гриппоподобных заболеваний (ГПЗ) и от госпитализированных больных с симптомами тяжелой острой респираторной инфекции (ТОРИ). В реализации программы ДЭН в городе Тараз задействованы 3 стационара и 4 поликлиники, которые обеспечивают в течение всего года подбор больных, соответствующих стандартному определению случая гриппа. Доставляемые материалы от больных исследуются в РГКП «Жамбылский областной центр санитарно-эпидемиологической экспертизы» Комитета по защите прав потребителей Министерства Национальной экономики Республики Казахстан путем постановки полимеразной цепной реакции (ПЦР) в режиме реального времени (Real-Time PCR) на тест-системах «АмплиСенс Influenza virus A/B-FL». Все позитивные образцы, согласно утвержденному алгоритму, исследуются вирусологическим методом на перевиваемой культуре клеток (МДСК).

Наряду с работой по системе ДЭН, в период эпидемического сезонного подъема острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) исследовался рутинный материал от больных с подозрением на грипп из всех лечебно-профилактических организаций области, который также исследовался ПЦР методом. В отличие от системы ДЭН рутинные исследования на грипп охватывают территорию всей области.

В рамках программы ДЭН за эпидемиологический сезон 2013-2014гг. были исследованы ПЦР методом 228 образцов от больных ГПЗ и ТОРИ, из числа которых в 27 случаях установлен грипп типа A(H₁N₁)pdm09., в 20 случаях – грипп типа A(H₃N₂) и 1 случай гриппа типа В. Результативность – 21,0%. Из позитивных ПЦР образцов выделено вирусологическим методом 12 штаммов гриппа типа A(H₁N₁) pdm09, 4 штамма гриппа типа А (H₃N₂) и 1 штамм гриппа типа В. Результативность составила 35,4%. Все выделенные штаммы были ретестированы и подтверждены на базе зональной вирусологической ла-

боратории г. Астаны.

Из рутинного материала в сезон 2013- 2014 года из 352 исследованных образцов ПЦР методом выявлено грипп типа А (H₁N₁) pdm09 в 28 случаях, грипп типа А (H₃N₂) – в 17 случаях, а также грипп типа В выявлен в 2 случаях. При дальнейшем исследовании положительных образцов на клеточной культуре было выделено 9 штаммов: 8 штаммов гриппа типа А (H₁N₁) pdm09 и 1 штамм гриппа типа В.

Выводы: Внедрение ДЭН позволило обеспечить мониторинг вирусов гриппа и своевременно ввести в действие План противоэпидемических и профилактических мероприятий, а также повысить потенциал вирусологической лаборатории по предоставлению изолятов вируса гриппа с целью глобального отбора штаммов для разработки вакцин. Высокая результативность вирусологических исследований свидетельствует о преимуществах ПЦР-метода в индикации вируса гриппа.

Жолдошев С.Т., Закирова Ж.С., Самиева С.С., Таилов К.Э.

АБДОМИНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ – ПРИЧИНА ОТКАЗОВ ПРИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ИНФЕКЦИОННЫЙ СТАЦИОНАР

г. Ош, Кыргызская Республика

Цель работы: изучить частоту хирургической патологии у больных, направленных в инфекционный стационар врачами ГВС, поликлиник и скорой помощи.

Материалом служила медицинская документация приемного покоя инфекционного стационара: журнал регистрации поступающих больных, отказов в госпитализации, консультативного приема за 2000-2014 годы.

За период 2000-2014 годы в стационар было направлено 7353 человек, из которых было отказано в госпитализации 1523 больных (20,7%). В сознании врачей сочетание боли, рвоты и диареи получили стойкую ассоциацию с острыми кишечными инфекциями (ОКИ) – дизентерией, сальмонеллезом, пищевыми токсикоинфекциями. Наличие абдоминального синдрома в клинической картине нередко служит причиной диагностических ошибок, направлением в профильный стационар для ОКИ разнообразных непрофильных больных. По материалом приемного покоя (журнал амбулаторных) инфекционное отделение ОМОКБ – стационара для больных ОКИ, за 14 лет, с 2000 по 2014 годы, с диагнозом ОКИ было направлено 661 непрофильных больных. Из них половину составляли пациенты с хирургической патологией – 328 (49,6%), больных с различного рода отравлениями (суррогатами алкоголя, грибным ядом, анальгетиками, и др.) 64 (9,6%). По частоте диагностических ошибок группу – 4,3% (29 чел) – составляли больные терапевтического профиля (язвенная болезнь желудка и 12 п.к, гастриты, пневмонии, инфаркт миокарда, миокардит, и др.). Под маской ОКИ протекала урология – 11 (1,6%), гинекология – 16 (2,4%) и онкология – 8 (1,2%). Частота направления больных хирургического профиля свидетельствует об их наибольшем клиническом сходстве с ОКИ и трудности дифференциальной диагностики. А среди хирургической патологии преобладали острый аппендицит – 97 больных (2,9%), патология желчевыводящих путей – 162 (49,3%), среди которой выявлялись желчнокаменная болезнь, механическая желтуха, холециститы, панкреатиты, холецистопанкреатиты. Были также больные с кишечной

непроходимостью – 14 (4,2%), кишечным кровотечением – 17 (5,1%), геморроем – 6 (1,8%), почечной коликой – 9 (2,7%), тупой травмой живота – 4 (1,2%), тромбоз сосудов брыжейки – 3 (0,9%), перфорацией язвы желудка – 2 (0,6%), ущемленной грыжей – 1 (0,3%), спаечная болезнь – 13 (3,9%). Возраст больных с хирургической патологией колебался от 17 до 67 лет. Среди пациентов 57,1% составляли мужчины. В 221 (67,3%) случаях, в дифференциально-диагностическом отношении, определяли по экспресс лаборатории; лейкоцитоз оказался 12-13×10⁹/л. Подобная патология трудна для диагностики и полной расшифровки даже для специалистов. Основанием для направления этих больных в стационар с диагнозом ОКИ служили абдоминальные боли, рвота, иногда нарушение стула, то есть выраженное клиническое сходство с ПТИ.

Таким образом, при пристальном рассмотрении слабые абдоминального синдрома могут служить надежным дифференциальным критерием ОКИ и других заболеваний желудочно-кишечного тракта; в части случаев диагностических ошибок можно было избежать, привлекая к диагностическому процессу хирургов, гинекологов.

Жумагазин Ж.Д., Кулжанова Ш.А., Ашимбекова Б.Е., Азанова А.Ю.

НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В КЛИНИКЕ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Астана, Республика Казахстан

Острые кишечные инфекции (ОКИ) по-прежнему сохраняют свои лидирующие позиции в структуре инфекционных заболеваний. Как и другие инфекционные болезни, ОКИ требуют своевременной диагностики и своевременного проведения адекватной терапии, так как зачастую приобретают неотложный характер. Неотложные состояния при острых кишечных инфекциях наиболее часто связаны с развитием или угрозой развития инфекционно-токсического и гиповолемического шока.

Под нашим наблюдением находились 22 больных ОКИ, поступивших за последние 3 года (2012-2014 гг.) в ОРИТ Городской инфекционной больницы г. Астаны по поводу неотложных состояний. Возраст больных составлял от 19 до 73 лет. Из них в возрасте 19-29 лет пролечено 4 больных (18,2%), 30-40 лет – 6 больных (27,2%), 50 лет и старше – 12 больных (54,6%).

Анализ структуры неотложных состояний у больных с ОКИ показал, что инфекционно-токсический шок встречался в 63,6% случаев, гиповолемический шок в 36,4% случаев. В основном регистрировался шок 1 степени (54,5%). Шок 2 степени наблюдался в 36,4% случаев, 3 степени – в 13,6% случаев. В первый день болезни были госпитализированы 7 больных (31,8%), на 2 сутки – 11 пациентов (50%) и на 3 сутки от момента начала болезни – 4 больных (18,2%). Шок 2-3 степени часто наблюдался в старших возрастных группах и при поздней госпитализации больных.

Патогенную и условно-патогенную бактериальную флору удалось выделить из фекалий 19 больных. В двух случаях этиологический фактор болезни установить не удалось.

Этиологическая структура бактериальных ОКИ, осложненных развитием инфекционно-токсического шока, была следующей: *Salmonella enteritidis* выделена в 25%

случаев, *Shigella Flexneri* – в 8,3% случаев, условно-патогенные бактерии — в 66,7% случаев (*Staphylococcus aureus*, *Enterobacter aerogenes*, *Enterobacter intermedius*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Citrobacter freundii*). При анализе этиологической структуры ОКИ, осложненных развитием гиповолемического шока, установлено, что в 37,5% случаев возбудителем являлись *Salmonella enteritidis*, в остальных случаях (62,5%) – условно-патогенные бактерии (*Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacter aerogenes*, *Enterobacter intermedius*). Наиболее тяжелые формы ИТШ и ГВШ были вызваны сальмонеллами и синегнойной палочкой (*Pseudomonas aeruginosa*).

Среди сопутствующих заболеваний у больных ОКИ, осложненных ИТШ и ГВШ, наиболее часто встречались хронические гастриты (18,2%), хронические холецистопанкреатиты (45,5%), сахарный диабет (9,1%), гипертоническая болезнь (13,6%).

Таким образом, тяжесть течения и исход острых кишечных инфекций, осложненных развитием инфекционно-токсического и гиповолемического шока, во многом зависит от возраста больных, (в старших возрастных группах встречается чаще и протекает тяжелее), от своевременности госпитализации и начатой терапии, что необходимо учитывать врачам при определении показаний к госпитализации больных с ОКИ. Среди условно-патогенных бактерий, вызывающих развитие ОКИ с осложнениями на современном этапе, актуальность представляют синегнойная палочка и возбудители семейства *Enterobacteriaceae*.

Жумадилова С.К., Баетшева Д.А., Отарбаева А.Е., Сейдуллаева А.Ж.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА САЛЬМОНЕЛЛЁЗА У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ ГККП «ГОРОДСКАЯ ДЕТСКАЯ ИНФЕКЦИОННАЯ БОЛЬНИЦА» Г. АСТАНЫ ЗА ПЕРИОД 2012 – 2014 ГГ.

Астана, Республика Казахстан

Острые желудочно-кишечные заболевания до настоящего времени остаются ведущими в патологии у детей, уступая по распространенности лишь острым респираторным вирусным инфекциям. Одной из часто встречающихся нозологий является сальмонеллез.

Цель исследования изучить клинко-эпидемиологические особенности сальмонеллеза за период 2012 – 2014 гг. по данным ГККП «ГДИБ».

Нами ретроспективно проведены исследования на основании углубленного анализа «Медицинских карт стационарного больного» Детской городской инфекционной больницы за период 2012-2014гг. В исследования включались только лабораторно подтвержденные случаи сальмонеллезной инфекции.

Количество детей, пролеченных в стационаре с диагнозом сальмонеллез за период 2012 – 2014 гг., существенно не менялось, но все же отмечалась некоторая тенденция к снижению заболеваемости. Так в 2012 году было выписано 112 больных, в 2013 году – 109, а в 2014 году – 106 больных с диагнозом сальмонеллез. Это может свидетельствовать о дифференцированном подходе к вопросу госпитализации и адекватности проводимой терапии детям с легкими и среднетяжелыми формами заболевания в амбулаторных условиях. Основными возбу-

дителями сальмонеллеза являлись *Salmonella enteritidis* (в 2012 г. – 85,3%, 2013 г. – 72%, 2014 г. – 71,1%), *Salmonella typhimurium* (12 – 9 - 15%).

В возрастной структуре отмечено увеличение доли детей в возрасте до трех лет. В 2012 году количество выписанных детей в возрасте от 1 месяца до 3-х лет составило 82,7%, в 2013 г. – 82,2%, в 2014 г. – 92,7%. Случаев летального исхода не отмечалось. Количество прошедших через ОРИТ варьировало от 12% до 18,7% в разные годы, что свидетельствовало о тяжести течения заболевания. Наибольшее количество детей с тяжелой формой заболевания было в 2014 г. – 42% (в 2012 г. – 38%, в 2013 г. – 35%), что может косвенно свидетельствовать о высокой вирулентности возбудителя.

Степень тяжести течения заболевания определялась тяжелым кишечным токсикозом с частой рвотой и выявлением синдрома эксикоза с развитием гипокалиемии, а в 2-х случаях с развитием ГУС.

По дням госпитализации большинство детей были госпитализированы не позднее 3-го дня болезни (65,7%), из них 29% – детей в 1-е сутки заболевания, но 34,3% больных поступили в стационар в более поздние сроки.

Выводы. Проведенный анализ показал отсутствие роста заболеваемости сальмонеллезом за период 2012 – 2014 гг. Во то же время увеличилось количество больных с тяжелыми формами заболевания, что, вероятно, связано с превалированием количества детей раннего возраста. Тяжесть состояния больных была обусловлена синдромом кишечного токсикоза и нарушением водно-электролитного баланса – 65%.

Ивасиц И.В.

ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ККГЛ В ЮЖНОМ РЕГИОНЕ КАЗАХСТАНА. ПРОБЛЕМЫ СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ, ГОСПИТАЛИЗАЦИИ И ЛЕЧЕНИЯ СЛУЧАЕВ

г. Алматы, Республика Казахстан

В течение 2011-2014 гг. Министерство здравоохранения, Комитет по защите прав потребителей Министерства национальной экономики совместно с CDC/CAR/DTRA проводили работу по улучшению выявления, диагностики, лечения и эпиднадзора за ККГЛ в Южно-Казахстанской (с 2011г.), Кызылординской, Жамбылской областях (с 2013г.), для чего были разработаны и внедрены в пилотных областях новое более чувствительное стандартное определение предположительного, вероятного, подтвержденного случаев ККГЛ, оптимальный алгоритм лабораторного тестирования и протокол лечения рибавирином.

Согласно анализа заболеваемости в ЮКО, в 2014 году было зарегистрировано 67 (в 2013 г. – 84) случаев ККГЛ, из них 8 подтвержденных, 29 вероятных и 30 предположительных (в официальной статистике зарегистрировано только 8 подтвержденных случаев ККГЛ). Летальность среди вероятных случаев составила 2/29 (7%), подтвержденных случаев 2/8 (25%), суммарная летальность среди подтвержденных и вероятных случаев – 4/36 (11%) (в 2013 г. – 2/26 (7,7%)).

Клинические симптомы, входившие в стандартное определение случая, в 2014 году, наиболее часто наблюдались у подтвержденных случаев (от 50% для рвоты и

мышечных болей до 100% для головной боли). Самыми распространенными симптомами для предположительных случаев были: головная боль – 57% и диарея – 20%. Геморрагические проявления встречались только у вероятных и подтвержденных случаев ККГЛ. При этом геморрагическая сыпь наиболее часто, до 50%, наблюдалась у подтвержденных случаев, против 31% – у вероятных случаев. Кровоизлияния были у 63% вероятных и 21% подтвержденных случаев. Кровотечения (носовые, десневые, желудочно-кишечные или маточные) сопровождали 59% вероятных и 63% подтвержденных случаев. Средняя температура тела составила 38°26-27.08.13 г. Температура тела 38,4°С. Жалобы на головные боли, боли в левой половине плечевого пояса, иррадирующие в область средостения, на зрительные и слуховые галлюцинации. Отмечается смена сонливости и возбуждения, при этом становится агрессивным, не узнаёт родителей. Не может глотать воду, кричит.

28.08.13 г. Состояние нестабильное, сопор, не ориентируется в окружении, движения неадекватные, агрессивен, приступы бронхоспазма.

29-31.08.13 г. Температура тела 39,8°С. Сопор. Участились приступы возбуждения. Нарастает плегический синдром, дрожание рук и ног. Кожа горячая, частое дыхание.

01.09.13 (на 10-й день болезни). Температура тела 40° Актуальность изучения проблемы вирусных гепатитов связана с их высокой социальной, клинико-эпидемиологической и экономической значимостью. Из всех нозологических форм вирусных гепатитов наиболее распространёнными в Казахстане являются – ВГА и ВГВ.

Целью работы явилась изучение особенностей проявления эпидемического процесса вирусных гепатитов среди населения.

Проведен ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости вирусными гепатитами, с использованием учетно-отчетной документации ДКГСЭН за 2006-2012 гг. Использованы методы эпидемиологической диагностики, статистическая обработка в программе Microsoft Excel.

Анализ многолетней динамики заболеваемости вирусным гепатитом А показал, снижение заболеваемости в 3,9 раз с 2006 года по 2012 г.. Высокие показатели заболеваемости регистрируются в 2006 и 2007 (35,1‰ и 26,8‰ соответственно). Отмечены низкие показатели в 2010 г. и 2012 г. соответственно – 9,5‰ – 8,8‰. Однако в 2011 году наблюдался подъем заболеваемости до 13,4‰. Для эпидемического процесса ВГА характерна выраженная тенденция к снижению, темп снижения -10,3%. Прогнозируемый уровень заболеваемости на ближайшее время в пределах 5,8-3,3‰.

Анализ многолетней динамики заболеваемости хроническими вирусными гепатитами (ХВГ) показал, что наблюдается рост заболеваемости на 6,9%. Показатель заболеваемости составил – 43,1‰. Среди ХВГ показатель вирусного гепатита В составил – 6,1‰, вирусного гепатита С – 37,0‰. Все случаи ВГВ и ВГС подтверждены обнаружением маркеров анти-НВс IgM, НВсAg, анти-НСV, НВсAg. Рост впервые выявленных хронических вирусных гепатитов С объясняется улучшением этиологической расшифровки вирусных гепатитов, проведением скринингового обследования подлежащих контингентов.

По возрастной структуре заболеваемость ВГА среди взрослых составила по 50%. Среди детей до 14 лет забо-

леваемость составила - 50%, в том числе у школьников – 57,1%, у неорганизованных детей – 42,9%. Заболеваемости среди организованных детей дошкольного возраста не зарегистрировано. Пораженность школ составила 15,6%, в которых зарегистрированы единичные случаи. Наиболее пораженной возрастной группой являются дети 5-9 летнего возраста, показатель заболеваемости составил - 39,7 случаев на 100 тысяч населения. Ведущий путь передачи ВГА контактно-бытовой, который регистрируется в – 71,5%, затем водный путь – 21,4%.

В возрастной структуре заболеваемости хронических вирусных гепатитов основную долю заболеваемости составляют лица в возрасте 30-39 лет – 38,5% , 50-59 лет – 21,8 % и 40-49 лет –20,5%. В 52,6% – это контингент не работающие, ведущие асоциальный образ жизни. Из эпидемиологического анамнеза больных в течение жизни установлены основные пути передачи инфекции: потребители инъекционных наркотиков – 19,2%, беспорядочные половые связи – 39,7%, различные манипуляции, гемотрансфузии в лечебных учреждениях – 24,4%, татуировки, обряды – 16,7%.

Таким образом отмечается снижение заболеваемости вирусным гепатитом А населения, в тоже время наблюдается рост заболеваемости хроническими вирусными гепатитами, в том числе ВГВ и ВГС.

Ирсимбетова Н.А., Долтаева Б.З., Балабаева Э.Н.

СОСТОЯНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ «А» В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

г. Шымкент, Казахстан

Общая площадь территории Южно-Казахстанской области составляет 117,4 тыс. квадратных км. Климат отличается резкой континентальностью и сухостью. Зима мягкая, короткая, с частыми оттепелями, снежный покров незначителен и неустойчив.

Южно-Казахстанская область является одним из эндемичных регионов Казахстана по заболеваемости вирусным гепатитом А, в 2014 году зарегистрированы 58 случаев, удельный вес – 3,8‰ вирусного гепатита А (в 2013 г. – 146 случаев, показатель – 5,4).

Проведенный анализ заболеваемости вирусным гепатитом А показывает, что на долю детского населения до 14 лет приходится 10,65% заболевших (за 2013 год показатель – 8,2). По анализу вирусного гепатита А с 2007 по 2013 годы видно, что отмечается ежегодное снижение заболеваемости среди населения области (2007 г. – 252,5; 2008 г. – 126,2; 2009 г. – 86,3; 2010 г. – 67,8; 2011 г. – 27,3; 2012 г. – 7,6; 2013 г. – 5,4).

Заболеваемость вирусным гепатитом А среди детей за 8 лет снизилась в 33,0 раза (2012 г. интенсивный показатель – 17,3; 2013 г. интенсивный показатель – 10,4; 2014 г. интенсивный показатель – 8,2). Из данных видно, что идёт стойкое снижение заболеваемости вирусного гепатита А среди детского населения (за анализируемый период она снизилась в 52,2 раза).

С 2007 по 2014 годы на первом месте стоит заболеваемость вирусным гепатитом А среди школьников. На данную группу приходится до 50% случаев заболеваемости вирусного гепатита А. Причинами высокого уровня заболеваемости школьников является нарушение

ние питьевого режима, санитарно-гигиенических требований и переуплотненность в классах. При сезонном распределении заболеваемости по месяцам года повышенная регистрация имеет место в январе-апреле, октябре-декабре. Наименьшее количество случаев приходится на июнь в течение всех 8 анализируемых лет. На контактно-бытовой приходится до 45% всех случаев заболеваемости. Анализ заболеваемости вирусного гепатита А показал, что только после введения вакцинации детского населения наблюдается резкое снижение заболеваемости. В связи с тем, что первоначально прививались дети с двух лет, наибольшее снижение заболеваемости за анализируемый период наблюдается у неорганизованных детей, среди которых за 8 лет заболеваемость снизилась в 76,5 раза и составила 9,6 на 100 тыс. населения. Значительное снижение заболеваемости отмечается среди детей посещающих дошкольно-детские учреждения (ДДУ), (в 25,8 раза и 11,3 на 100 тыс. населения). (в 11,6 раза и составила 19,6 на 100 тыс. населения), снизилась заболеваемость вирусного гепатита А и среди школьников.

Таким образом, проводимая иммунизация против вирусного гепатита А высокоэффективна и привела к снижению заболеваемости среди населения Южно-Казахстанской области.

Ирсимбетова Н.А., Ергебекова Г.К., Егенов Б.М.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ТУБЕРКУЛЕЗА В Г. ШЫМКЕНТ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

г. Шымкент, Республика Казахстан

Туберкулез относится к группе социально значимых заболеваний и является важной медико-социальной проблемой, наносящей значительный материальный урон из-за потери трудоспособности и преждевременной смерти наиболее продуктивного населения. Проблема туберкулеза, по-прежнему, актуальна не только для Республики Казахстан, но и для всего мира.

В целом эпидемиологическая ситуация по туберкулезу как в Республике Казахстан, так и в г. Шымкент Южно-Казахстанской области, имеет стойкую тенденцию к улучшению. В г. Шымкент за 12 месяцев 2014 года зарегистрировано 516 случаев туберкулеза, показатель заболеваемости на 100 тысяч населения составил 73,7 (в 2013 г. – 467 и – 71,6). У подростков показатель заболеваемости туберкулезом составил 50 на 100 000 (17 случаев), в 2013 г. – 48,2 на 100 000 (16 случаев). У детей до 14 лет зарегистрировано 38 случаев туберкулеза, показатель заболеваемости на 100 тысяч населения составил 30,3.

Следует отметить, что ежегодно в области в наибольшей степени туберкулез диагностируется среди лиц трудоспособного возраста от 18 до 44 лет, регистрируется до 321 (уд. вес 62,2%) новых больных туберкулезом. У безработных заболеваемость составляет 309 случаев (62,5%), за ними следуют пенсионеры – 34 случаев (6,8%).

В г. Шымкент Южно-Казахстанской области значительно увеличился объем мероприятий, направленных на улучшение противоэпидемических мероприятий, проводимых лечебно-профилактическими учреждениями, противотуберкулезной службой и акиматами городов.

За последние годы в результате проводимых мероприятий заболеваемость туберкулезом имеет тенденцию к снижению. Так, за 12 месяцев 2014 года отмечено снижение на 49 случаев (2,1%), в том числе среди детей до 14 лет – на 10 случаев (3,05%).

Одним из объективных и важных критериев, отражающих состояние эпидемиологической обстановки в области, является показатель смертности от туберкулеза. Общая смертность от туберкулеза в г.Шымкент Южно-Казахстанской области в 2014 году составила 62 случаев (показатель 8,8 на 100 тыс. населения); у детей случаи летального исхода не зарегистрированы. За последние три года динамика показателя смертности от туберкулеза показывает стабильную тенденцию к снижению.

Ирсимбетова Н.А., Жанузакова А.Т., Бергалиева Р.Н.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИНФЕКЦИЯМИ, СВЯЗАННЫМИ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (ИСМП) В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

г. Шымкент, Республика Казахстан

Проблема инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП) актуальна не только в Казахстане, но и во всем мире. По данным мониторинга эпидемической обстановки в отделениях реанимации и блоках интенсивной терапии в различных странах, у 85% госпитализированных больных наблюдается колонизация патогенными микроорганизмами, а у более чем 45% больных имеются клинические признаки различных инфекций. Современные научные факты, приводимые в работах зарубежными и отечественными исследователями, позволяют утверждать, что инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (ИСМП) возникают по меньшей мере у 5-12% больных, поступающих в лечебные учреждения.

В Республике Казахстан ежегодная регистрация инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП), составляет 215 случаев. Бурные темпы роста лечебных учреждений, создание новых видов медицинского (терапевтического и диагностического) оборудования, применение новейших препаратов, обладающих иммунодепрессивными свойствами, искусственное подавление иммунитета при пересадке органов и тканей - эти, а также многие другие факторы, усиливают угрозу распространения инфекций среди пациентов и персонала лечебных учреждений.

Сравнительный анализ заболеваемости ИСМП среди населения Южного Казахстана за период с 2011 по 2014 год показал стабильность. В целом наблюдается тенденция к снижению заболеваемости и уменьшению количества случаев (2012 г. удельный вес – 39,3; 2013 г. удельный вес – 29,2; 2014 г. удельный вес – 24,3). С хирургической патологией частота этих инфекций, составляет – 12,1%, со стоматологическими осложнениями – 18,1%, постинъекционными осложнениями – 9,1%. В то же время у новорожденных данный показатель достигает 28,1%, у детей грудного возраста – 11,1%, среди родильниц – 10,1%. У новорожденных с хирургической патологией наиболее часто встречается сепсис, далее следуют раневая ин-

фекция, пневмония и инфекция мочевыводящих путей. ИСМП чаще развиваются у новорожденных, перенесших несколько операций, особенно если длительность хирургического вмешательства превышает 1 ч и выполняется оно в экстренном порядке.

Таким образом, инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (ИСМП), остаются важнейшей проблемой современной медицины и приобретают все большую медицинскую и социальную значимость.

Ирсимбетова Н.А., Сарытбекова Л.Л., Жаксыбаева Ж.Б.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ВИЧ/СПИД ЗА 12 МЯСЯЦЕВ 2014 ГОДА В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

г. Шымкент, Республика Казахстан

В Республике Казахстан за 12 месяцев 2014 года зарегистрировано – 2353 случая ВИЧ-инфицированных лиц, в том числе граждан РК – 2208 случаев (показатель на 100 тысяч населения – 12,7), иностранных граждан – 104 человека (4,6%) и анонимно обследованных лиц – 41, (за 12 месяцев 2013 года – 1994 случая, показатель – 11,6). По сравнению с аналогичным периодом прошлого года отмечается рост на 214 случаев, а в показателях – на 1,1.

В Южно-Казахстанской области (ЮКО) за 12 месяцев 2014 года зарегистрировано 185 случаев ВИЧ-инфекции (показатель на 100 тыс. населения – 6,8%). Удельный вес лиц с ВИЧ-позитивным статусом детей в возрасте от 0-5 лет за 12 месяцев 2014 года составил – 0,5%, от 6 до 14 лет – 0,8%. Эпидемия ВИЧ-инфекции в области удерживается на концентрированной стадии, кумулятивные показатели распространенности ВИЧ в возрастной группе от 20 до 39 лет, на долю которых приходится – 60,5%.

Среди зарегистрированных ВИЧ-инфицированных за 12 месяцев 2014 года по ЮКО преобладают мужчины – 52,4%, доля женщин – 47,6.

Среди зарегистрированных случаев ВИЧ инфекции за 12 месяцев 2014 года по ЮКО 23,2% составляют потребители инъекционных наркотиков, на долю полового пути передачи приходится – 68,1%, удельный вес неустановленных путей передачи – 6,5%. Основными мерами по противодействию распространения эпидемии ВИЧ являются программы по «снижению вреда» среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), секс – работников (СР). Эти программы, разработанные в рамках Объединенной программы ООН по СПИДу, уже доказали свою пользу и эффективность.

При распределении зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции по социально профессиональному статусу за 12 месяцев 2014 года по ЮКО составляют работающие – 65,9% работающие – 20,0%. Продолжается регистрация ВИЧ-инфекции в области среди беременных женщин. И соответственно увеличивается количество ВИЧ-инфекции среди беременностей и родов. За 12 месяцев 2014 года зарегистрировано 30 случаев впервые выявленной ВИЧ-инфекции среди беременных. В системе КУИС (СИ и ИУ) выявлено за тот же период – 12 случаев ВИЧ-инфекции. Ведется контроль за обследованием на ВИЧ всех поступивших в следственные изоляторы (СИ) и ИУ. Проведено эпидемиологическое

обследование в 160 очагах ВИЧ инфекции, с заполнением регистрационных карт эпидемиологического обследования. Во всех очагах проводилось полное эпидемиологическое расследование. В последние годы отмечается стойкая тенденция увеличения регистрации ВИЧ-инфекции среди иностранных граждан по ЮКО. Таким образом, эпидемиологическая ситуация в ЮКО по ВИЧ-инфекции остается напряженной. Эпидемия ВИЧ-инфекции в области удерживается на концентрированной стадии, кумулятивные показатели распространенности ВИЧ-инфекции в возрастной группе 20-39 лет и полового пути передачи. Присутствует поздняя выявляемость ВИЧ-инфекции (в стадии СПИДа) и низкая приверженность к лечению, что требует дальнейшего совершенствования существующей системы профилактики.

Исабаев Ж.Т., Жаханов А.

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ ПРЕПОДАВАНИЯ ВОЕННОЙ ЭПИДЕМИОЛОГИИ НА КАФЕДРЕ КАЗНМУ ИМЕНИ С.Д. АСФЕНДИЯРОВА Г. АЛМАТЫ

г. Алматы, Республика Казахстан

Изучение военной эпидемиологии начинается после прохождения общей эпидемиологии и основной дисциплины «Организация и тактика медицинской службы». Динамическая оценка состояния и тенденция развития эпидемического процесса в войсках и района их размещения обеспечивается использованием методов ретроспективного и оперативного эпидемиологического анализа.

В соответствии с программой обучения, на военной кафедре отводится особое внимание иммунопрофилактике в системе противоэпидемической и противобактериологической защите войск. Иммунопрофилактика в войсках – предупреждение инфекционных заболеваний среди личного состава путем создания искусственного иммунитета с помощью методов вакцинации, по эпидемическим показаниям применяются все виды вакцин, зарегистрированных в Республике Казахстан, в зависимости от характера угрожаемой инфекции.

В данной публикации предлагаем, особые условия по иммунизации военнослужащих срочной службы:

1. При наличии противопоказаний к коклюшному АКДС вакцины последующие прививки необходимо проводить препаратом, не содержащим компонент, т.е. АДС анатоксином.

2. Ранее не привитые (в детском возрасте по календарю) военнослужащие должны прививаться по типу вакцинации – две прививки АДС-М препаратом с интервалом 4 недели, 3- прививка проводится через 6 месяцев.

3. Для экстренной профилактики столбняка при травмах, ранениях целесообразнее использовать АДС-М анатоксин. Показания и кратность введения зависят от прививочного статуса травмированного.

4. Вакцинация против гепатита В военнослужащих после предварительной маркерной диагностики ВГВ.

5. Коллективы военнослужащих прививаются против пневмококковой инфекции полисахаридной пневмококковой вакциной Пневмо 23 однократно 0,5 мл внутримышечно (или подкожно).

6. По эпидемиологическим показаниям (при возник-

новении вспышки) прививаются против кори, краснухи, эпидемического паротита комбинированной вакциной ККП.

Исаева А.Г., Имантаева М.К., Исакова Ф.А.

ВАРИАНТЫ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

г. Алматы, Республика Казахстан

Проанализированы данные культурального исследования микобактерий туберкулеза и исходы лечения 44 больных туберкулезом. Полученная культура микобактерий туберкулеза исследована на чувствительность к препаратам первого второго ряда. Оказались чувствительными к препаратам первого ряда штаммы микобактерий туберкулеза в 7 (15,9%) случаях и устойчивыми – в 37 (84,1%) случаях. Установлена лекарственная монорезистентность у 1 (2,3%) больного, полирезистентность – у 6 (13,6%), множественная лекарственная устойчивость – у 18 (40,9%) и широкая лекарственная устойчивость у 5 (11,4%) больных. Наиболее часто отмечены сочетания множественной лекарственной устойчивости в 37,8% случаев к HRSE (изониазид, рифампицин, стрептомицин, этамбутол), в 50,0% к CmPto/Eto (капреомицин, протионамид/этионамид), и в 20,8% к AmCmOfxPto/EtoCsPAC (амикацин, капреомицин, офлоксацин, протионамид/этионамид, циклосерин, ПАСК). Полученные данные теста лекарственной чувствительности позволили определить тактику лечения. Лечение препаратами первого ряда в режиме I категории применялось 11 (25,0%) больным, по II категории – 3 (4,4%) больным. Терапия препаратами второго ряда в режиме IV категории применялась 27 (61,3%) больным. Троем больным из 5 с подтвержденной широкой лекарственной устойчивостью лечение проводилось препаратами третьего ряда. При оценке исходов лечения курированных больных туберкулезом определена высокая эффективность химиотерапии туберкулеза (96,9%), при этом в 87,5% случаев определен исход «Вылечен» и в 9,4% «Лечение завершено».

Исакова Ф.А.

СОВРЕМЕННАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОБСТАНОВКА ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ И ПРОГНОЗ ЕЕ РАЗВИТИЯ В КАЗАХСТАНЕ

г. Алматы, Республика Казахстан

Туберкулез по-прежнему остается одной из социально значимых инфекционных заболеваний в мире и в Казахстане. За последние годы отмечается снижение показателя заболеваемости ТБ в мире (126 на 100 000 населения), значительное снижение в РК (73,4 на 100000 населения, 2013), связанное с внедрением международных противотуберкулезных программ ДОТС, СТОП ТБ, ДОТС плюс.

Нами проведен сравнительный эпидемиологический анализ основных индикаторов по туберкулезу в РК с целью прогнозирования выполнения целей тысячелетия по снижению основных эпидемиологических показателей распространенности, смертности (в 2 раза) и заболеваемости по сравнению с данными 1990 г.

В Казахстане показатель заболеваемости туберкуле-

зом снизился в 1,6 раза при сравнении данных 1998-2013 гг., в 2,3 раза – 2002-2013 гг., но остается выше на 11,6% показателя 1990 г. Отмечен среднегодовой темп снижения показателя заболеваемости на 2,8% (1998 -2013), что выше, чем в мире (2%). Анализ распространенности туберкулеза выявил снижение показателя в 2,8, 3 и 2,1 раза, снижение смертности в 6,9, 4,3 и 1,8 раза (1998-2013, 2002-2013, 1990 гг.).

На фоне улучшения эпидемиологической ситуации отмечен высокий уровень заболеваемости подростков туберкулезом (76,3 на 100 000 нас.), что служит неблагоприятным прогностическим признаком.

Современной особенностью туберкулеза является возникновение и рост МЛУ ТБ. Казахстан входит в число 27 стран с высокой заболеваемостью МЛУ ТБ в мире, эта тенденция продолжает усугубляться, доля МЛУ ТБ среди новых и повторных случаев составила 18,5% и 45%, что значительно выше, чем в среднем в мире (3,5% и 20,5%). В структуре умерших от туберкулеза более составляют лица с МЛУ ТБ. Дальнейшее ухудшение ситуации с туберкулезом связано с развитием широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ ТБ), которая определена в 3,7% в РК, что меньше, чем в мире (9%).

Дополнительный вклад в эпидемиологическую ситуацию вносит заболеваемость заключенных в исправительных учреждениях РК. Отмечено снижение показателя заболеваемости ТБ осужденных лиц КУИС МВД в 1,6 раза, и некоторая стабилизация показателя смертности в период 2004-2013гг, хотя они превышают общепопуляционные показатели в 13 и 15 раз. Индикатор выявляемости больных с туберкулезом легких и бактериовыделением составил 39%.

В стране внедрены программы инфекционного контроля, пилотный проект стационар-замещающего лечения больных туберкулезом, социальной мобилизации больных туберкулезом. С целью раннего выявления более 10 млн. населения проходят осмотр на туберкулез.

Результатом эффективной противотуберкулезной программы в РК является успешность лечения новых случаев туберкулеза с сохраненной чувствительностью в 83,5% (целевой показатель 85%), и МЛУ ТБ в 74,3% (целевой показатель 75%).

На общую ситуацию по туберкулезу в стране влияет высокий уровень распространения заболевания в Атырауской, Восточно-Казахстанской, Костанайской, Акмолинской, Кызылординской и Северо-Казахстанской областях. Напряженный эпидемический процесс туберкулезной инфекции в стране связан с ростом МЛУ ТБ, появлением ШЛУ ТБ и высокой заболеваемостью туберкулезом в исправительных учреждениях, что требует дополнительных средств и усилий со стороны системы здравоохранения. Несмотря на негативные тенденции, в Казахстане прогнозируется достижение основных целей Глобального плана ВОЗ «Остановить туберкулез» на 2011-2015гг. по показателям распространенности и смертности от туберкулеза, и недостижение по показателю заболеваемости.

Кабдушева А.Т., Кантемиров М.Р., Бойбосинов Э.У.

**ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ
ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ В
КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ РК**

г. Алматы, Республика Казахстан

Острые кишечные инфекции (ОКИ), по-прежнему, представляют одну из наиболее актуальных проблем инфекционной патологии. По данным ВОЗ, ежегодно в мире регистрируется более 4 миллиардов случаев ОКИ.

Цель работы: являлось определение основных эпидемиологических особенностей заболеваемости ОКИ и причины ее возникновения в Карагандинской области РК. Материалы и методы исследований: при изучении заболеваемости ОКИ использованы статистические данные «Научно-практического центра санитарно-эпидемиологической экспертизы и мониторинга комитета по защите прав потребителей Министерства национальной экономики РК» за 2010-2014 гг. Эпидемиологическое исследование базировалось на данных ретроспективного эпидемиологического анализа (РЭА). Обсуждение результатов исследования. Наибольшие показатели заболеваемости ОКИ в Карагандинской области были зарегистрированы в 2010, 2011, 2012 гг. и составили 85,25, 68,73 и 65,18 соответственно на 100 тыс. населения. С 2013 года наблюдается относительное снижение заболеваемости. Всего в 2014 г. зарегистрировано 888 случаев ОКИ, показатель заболеваемости – 64,99 на 100 тыс. населения, в 2013 году было зарегистрировано 886 случаев, что составило – 64,92 на 100 тыс. населения. Среднепогодный уровень заболеваемости – 69,8 на 100 тыс. населения. Анализ соотношения заболеваемости среди сельского и городского населения показал, что с 2010 по 2012 годы он составлял 1:1,7, а в последующие годы заболеваемость среди городского населения увеличилась с изменением до 1:20 соответственно. Возрастной состав заболевших ОКИ в 2014 г. в удельном весе составил: дети от 0-14 лет 219,54, подростки от 15-17 лет 28,36, взрослые 23,0 на 100 тыс. населения. Динамика заболеваемости ОКИ по месяцам имеет следующие особенности: заболеваемость регистрируется в течение всего года, но характерный сезонный подъем отмечался с мая по сентябрь месяцы, пик заболеваемости регистрируется в июле-августе. Вышеизложенное обуславливает необходимость эпидемиологического наблюдения за этой группой инфекций.

Выводы: В период 2010-2014 гг. по региону отмечается тенденция снижения уровня заболеваемости ОКИ с 85,25 до 64,99 соответственно на 100 тыс. населения. Среднегодовой темп снижения составляет – 6,4%. Среднепогодный уровень заболевания - 69,8 на 100 тыс. населения. Преимущественно заболеваемость ОКИ регистрируется среди городского населения. Анализ заболеваемости среди разных возрастных групп показал, что дети от 0 до 14 лет болеют в 8 раз чаще, чем другие группы населения. Случаи заболеваемости ОКИ регистрируются в течение всего года, с пиком в летний период.

Кайрханова А.К., Амиреев С.А., Ералиева Л.Т.

**ПРАКТИЧЕСКАЯ РЕАЛИЗАЦИЯ ВАКЦИНАЦИИ
ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА
ПРОТИВ ПНЕВМОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ В
РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН**

г. Алматы, Республика Казахстан

Пневмококковые заболевания являются одной из ведущих причин вакцино-предотвращаемой смертности в мире среди детей младше 5 лет. На сегодня единственным способом повлиять на заболеваемость пневмококковой инфекции является вакцинация. Из стран СНГ Республика Казахстан является первой страной, включившей вакцину против пневмококковой инфекции в национальный календарь профилактических прививок.

Целью данной работы является определение профилактической эффективности вакцинации, детей раннего возраста против пневмококковой инфекции.

В Республике Казахстан вакцинация детей раннего возраста против пневмококковой инфекции начата с 2010 г., которая осуществляется поэтапно по 3-4 области и завершается по всей территории в 2015 г. Иммунизация детей проводится в 2, 4 и 12-15 месяцев.

Материалы исследования: статистические данные, полученные из Научно-практического центра санэпидэкспертизы и мониторинга КЗППИ МНЭ РК по отдельным регионам РК за 2008-2013 гг.

Число заболеваемости пневмонией в Восточно-Казахстанской области до вакцинации составило 1630,1, болезни уха и сосцевидного отростка 3359,6, смертность 13,87 на 100 000 детей. В Мангистауской области число пневмоний составляло 637,5, болезни уха и сосцевидного отростка 3221,1, смертность 10,39. В сравнении с довакцинальным периодом анализ предварительных результатов вакцинации показал тенденцию к снижению показателей заболеваемости детей пневмонией (в 1,6 и 1,7 раз соответственно), болезней уха и сосцевидного отростка (в 1,2 раза), смертность от пневмонии снизилась в 1,2 и 1,7 раз соответственно.

По другим областям показатели заболеваемости пневмонией детей до 1 года также показал тенденцию к снижению. В Жамбылской области выявлено снижение заболеваемости в 0,92 раза. В Акмолинской, Атырауской и Костанайской областях, где вакцинация началась в 2012 году, отмечалось снижение заболеваемости пневмонией в 1,8 раза.

Динамика смертности от пневмонии детей до 1 года также показала снижение в 2,1 раза в Жамбылской области, в Акмолинской, Атырауской и Костанайской областях - в 2,09 раза.

Заключение. Полученные предварительные результаты эффективности вакцинации против пневмококковой инфекции свидетельствуют о необходимости продолжать реализацию вакцинопрофилактики пневмококковой инфекции у детей раннего возраста в Казахстане.

Камарова А.М., Кантемиров М.Р., Кабдушева А.Т., Бойбосинов Э.У.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО АСКАРИДОЗАМ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ АКТЮБИНСКОЙ ОБЛАСТИ РК

г. Алматы, Республика Казахстан

Серьезной проблемой для медицинской науки и практического здравоохранения являются гельминтозы человека, на долю которых приходится 99% всех паразитов.

Целью работы являлось изучение особенностей эпидемиологического процесса аскаридоза среди населения Актюбинской области РК.

При изучении заболеваемости сальмонеллезом использованы статистические данные «Научно-практического центра санитарно-эпидемиологической экспертизы и мониторинга комитета по защите прав потребителей Министерства экономического развития РК» за 2013-2014 годы.

Эпидемиологическое исследование базировалось на данных ретроспективного эпидемиологического анализа (РЭА).

В 2014 году по области было зарегистрировано 69 случаев аскаридоза, что составило 8,5 на 100 тыс. населения (2013 г. – 55 и 6,9). Среди детей до 14 лет зарегистрировано 55 случаев с показателем заболеваемости – 26,0 (2013 г. – 17,1) на 100 тыс. детского населения. Возрастной состав заболевших аскаридозом в удельном весе составил: до 1 года – 8,2%, 1-3 года – 39,1%, 4-6 лет – 23,1%, 7-10 лет – 8,69%, 11-14 лет – 1,4%, 15-19 лет – 5,79%, 20-29 лет – 2,89%, 40-49 лет – 4,3%. Удельный вес больных аскаридозом среди городских жителей за данный период составил 88,3%, среди сельского населения – 11,7%. По области в 2014 году зарегистрировано 129 очагов аскаридоза, среди контактных было обследовано 322 человека, выявлено дополнительно 9 человек больных аскаридозом. В очагах были проведены исследования воды – 10 проб, почвы – 89 проб, овощей – 226 проб, смывы – 1058 проб, яйца аскариды обнаружены в 2 пробах (в почве). Вышеизложенное обуславливает необходимость постоянного эпидемиологического наблюдения за этой группой инфекций, а также поиска и разработки оптимальных путей профилактики.

Выводы: Общая заболеваемость аскаридозом с 2013 по 2014 выросла в 1,2 раза. Среди детей до 14 лет за данный период заболеваемость выросла в 1,5 раза. Заболеваемость регистрируется среди городского населения, чем в сельской местности. Среди возрастных групп наибольшие показатели регистрируются у детей в возрасте от 1 до 3 лет и от 4 до 6 лет.

Камбаров Г.А., Жусупова Р.Т., Дуйсенова А.К.

ОПЫТ РАБОТЫ ГЕПАТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

г. Алматы, Республика Казахстан

На основании приказа МЗ РК от 02.03.2010 года «Об утверждении алгоритма организации медицинской помощи больным вирусными гепатитами В и С», в Городской клинической инфекционной больнице им. И. Жекеновой в 2010 г. открыт Гепатологический кабинет для консультации больных с вирусными гепатитами «В» и «С», нуждающихся в противовирусной терапии (ПВТ). 11.06.2014

года на базе Городской поликлиники №5 (главный врач Камбарова Г.А.) открыт Городской гепатологический центр (заведующая Жусупова Р.Т.)

Консультативно-медицинская помощь пациентам с заболеваниями печени оказывается врачами гастроэнтерологами, инфекционистами, доцентами и профессорами кафедры инфекционных и тропических болезней КазНМУ им. С. Асфендиярова, кафедр гастроэнтерологии и инфекционных болезней КазМУНО.

За 2013 г. проконсультировано 2600 больных, государственный заказ в рамках ГОБМП выполнен на 100%. В 2014 г. в гепатологическом кабинете проконсультировано – 1668 больных (первичных – 330, повторных – 1338), с момента открытия гепатологического центра – 4030 (первичных – 1213, повторных – 2817), всего за 2014 год – 5698 (первичных – 1543, повторных – 4155).

ПВТ взрослых (пегилированные интерфероны и рибавирин) осуществляется по Целевым текущим трансфертам республиканского бюджета и начата с апреля 2011 года. За 2011-2013 гг. ПВТ назначена 512, в 2014 г. – 283 больным. Закончили лечение: в 2011г. – 25, в 2012 г. – 206, в 2013 г. – 152, в 2014 г. – 200, всего – 583 больных. Приоритетное назначение ПВТ проводится больным со стадией фиброза F3-F4. Непрямая эластографи на аппарате «Фиброскан» проведена 258 больным в 2013 г., и 1247 больным – в 2014 г. СВО у больных с ХГС отмечался при 2 генотипе в 100%, при 3-м – в 92,7%, при 1-м – в 50% случаев. Вирусологический «прорыв» при 1-м генотипе – в 29%, при 3-м – в 1,8% ; отсутствовал вирусологический ответ в 17% при 1-м генотипе и в 3,6% – при 3-м. При ХГВ в 80% случаев был непосредственный ответ по окончании лечения. Вирусологический «прорыв» в этой группе отмечен у 12% больных. Элиминации HBsAg не достигнуто ни в одном случае.

С июля 2014 г. функционирует программный модуль «Гепатоцент» для электронной автоматизации списка ожидания на ПВТ. На 01.01.2015 г. на листе ожидания состоят 718 пациентов (ВГВ, Д – 41, ВГС – 677). Также совместно со специалистами Научного центра хирургии имени А.Н. Сызганова формируется список пациентов для проведения трансплантации печени.

Каральник Б.В.

АНТИВАКЦИНАЛЬНЫЕ ИНСИНАЦИИ: УЩЕРБ И МЕРЫ ПО ЕГО ОГРАНИЧЕНИЮ

г. Алматы, Республика Казахстан

Массовая вакцинация с обеспечением высокого охвата целевых групп привела к резкому снижению заболеваемости вакциноуправляемыми инфекциями. Так, в США уже к 2004 г., в сравнении с базовыми показателями XX века, заболеваемость уменьшилась на 100 (натуральная оспа, дифтерия, полиомиелит, синдром врожденной краснухи), >99 (корь, эпидемический паротит, краснуха, инфекции *H.influenzae b*), 97 (столбняк), 82 % (коклюш). Только за счет вакцинопрофилактики средняя продолжительность жизни в Европе увеличилась на 20 лет. Напротив, прекращение или сокращение вакцинопрофилактики приводит к возобновлению заболеваемости. В РФ из-за накопления неиммунной прослойки с конца 80-х годов началась эпидемия дифтерии, которая к концу 1994 г. охватила все страны СНГ, включая Казахстан.

Число случаев дифтерии на территории СНГ в 1995 г. составило 88% от общего числа случаев, зарегистрированных во всем мире. Несмотря на столь убедительные доказательства эффективности вакцинации, антивакцинальная кампания продолжает расти. В результате отказов от вакцинации и, соответственно, накопления неиммунной прослойки в 2010-2013 гг. зарегистрирована вспышка кори в 9 странах Европы. Такая же ситуация имеет место в Казахстане, и не впервые. Движущими силами антипрививочной кампании являются: врачи, не подготовленные по вакцинологии, не использующие методологию научного анализа, распространяющие в СМИ и среди своих пациентов необоснованные представления; представители альтернативной медицины, для которых антивакцинальные инсинуации – средство продвижения своего бизнеса; некоторые социально безответственные журналисты и политики (в Казахстане – даже некоторые члены парламента), для которых антивакцинальные инсинуации – средство повышения своего рейтинга.

Противодействие антивакцинальным измышлениям в интересах здоровья и жизни людей требует решения многих задач: введения в вузовскую подготовку врачей любой специальности курса вакцинологии, обеспечения объективной регистрации случаев инфекционных заболеваний и реального охвата целевых групп вакцинацией; юридической стыковки законов, кодексов и других нормативных актов в сфере здравоохранения и защиты прав потребителя, относящихся к вакцинопрофилактике, для обеспечения максимального охвата вакцинацией целевых групп; официально признать распространение антивакцинальных инсинуаций медицинскими работниками ограничением ими доступа населения к необходимой медицинской помощи, ведущим к повышению риска для здоровья и жизни, и проявлением профессиональной некомпетентности со всеми вытекающими из этого последствиями; обеспечения устойчивости менеджеров здравоохранения к давлению антивакциналистов, независимо от ранга менеджеров и лиц, оказывающих такое давление (недопустима даже молчаливая реакция менеджеров здравоохранения на антивакцинальные инсинуации); усиления внимания к качественной организации прививочных кабинетов (пунктов) и к подготовке и ответственности медработников, непосредственно осуществляющих вакцинопрофилактику; проведения опережающей, постоянной, нацеленной на аудиторию пропаганды вакцинопрофилактики.

Только совместные усилия научного медицинского сообщества, правильно обученных в сфере вакцинологии и иммунопрофилактики медицинских работников, начиная от менеджеров здравоохранения, а также социально ответственной журналистики могут позволить добиться снижения урона, наносимого обществу и государству антивакцинальным лобби.

Каральник Б.В.

ШИФТ ПАТОГЕНОВ И ЕГО ЗНАЧЕНИЕ В ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОМ НАДЗОРЕ И КЛИНИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

г. Алматы, Республика Казахстан

Свойства различных патогенов и структура инфекционных заболеваний не являются постоянной харак-

теристикой. Любые изменения этих показателей удобно обозначать термином «шифт». Шифт обусловлен как естественными, так и антропогенными факторами. Примерами естественного шифта в эволюции инфекционных болезней является модификация и переход на человека ряда возбудителей болезней животных и эволюционных предков *Homo sapiens*: вируса оспы обезьян, ВИЧ, ВПЧ, многих типов сальмонелл и других патогенов. Естественный шифт имеет место и сейчас, но дифференцировать его с антропогенным – непростая задача. Антропогенные факторы разнообразны – от быстрого изменения окружающей среды до медицинских средств профилактики и лечения инфекций. Примером влияния немедицинских факторов на структуру инфекций является сдвиг в структуре шигеллезов от преобладания шигелл Флекснера к увеличению шигелл Зонне благодаря употреблению чистой воды. К медицинским факторам относятся, в первую очередь, этиотропное лечение и вакцинопрофилактика. Этиотропное лечение оказало, с одной стороны, влияние на развитие резистентности пневмококков, микобактерий туберкулеза, ВИЧ и других патогенов, с другой – на этиологическую структуру (например, острых средних отитов), особенности эпидпроцесса и клиники соответствующих инфекций. Вакцинация постепенно снижает долю вакцинных гено- и серотипов в этиологической структуре соответствующих инфекций (пневмококковые, папилломавирусные и другие), повышая долю невакцинных типов. Отказаться от лечения и профилактики инфекций, вернувшись к эпохе естественного отбора, невозможно. Сегодня основными направлениями компенсации побочных эффектов важнейших медицинских факторов является разработка новых этиотропных лекарств и вакцин. Для этого необходим постоянный тщательный мониторинг резистентности и вирулентности патогенов, степени тяжести и исходов инфекционных болезней, структуры инфекционной патологии и особенностей соответствующих эпидпроцессов. Наиболее полно некоторые из таких задач реализуют при контроле гриппа, но и при этом случаются ошибки прогноза по этиологической структуре патогенов на предстоящий эпидсезон. Чтобы выиграть время для эффективной подготовки к завтрашнему дню, стратегической задачей эпидемиологии должна стать разработка методологии прогнозирования шифта патогенов и этиологической структуры инфекций.

Карбышева Н.В.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИРОДНОЙ ДЕГЕЛЬМИНТИЗАЦИИ УБОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОПИСТОРХОЗОМ

г. Барнаул, Россия

При пораженности населения описторхозом в эндемичных регионах до 70-80% и даже 90% данная проблема приобретает чрезвычайную актуальность. Описторхоз, оставаясь одним из социально значимых гельминтозов в России и до настоящего времени «неуправляемым» процессом, является предиктором развития различных патологических состояний, что, несомненно, взаимосвязано с особенностями формирования иммунного ответа при данной инвазии.

Целью настоящей работы явилось изучение состояния гуморального звена иммунитета у больных хроническим

описторхозом до и после терапии природными антигельминтиками.

У 112 больных с хронической фазой описторхоза проведено определение в сыворотке крови уровней иммуноглобулинов класса М, G, А (IgM, IgG, IgA) и циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) до лечения и после трехнедельного курса дегельминтизации (15 дней лечение юглоном, 7 дней – экорсолом). Статистическую обработку результатов проводили с помощью пакета прикладных программ Statgraf по критерию t Стьюдента.

Анализ полученных результатов показал достоверное увеличение в сыворотке крови больных хроническим описторхозом содержания всех трех классов иммуноглобулинов (IgM, IgG, IgA). При оценке «средних» значений уровня иммуноглобулина класса М превышал показатели «средней» контрольной группы ($p < 0,001$). Установлено достоверное повышение уровня IgG. При сопоставлении с показателями контрольной группы продукция IgG у больных хроническим описторхозом была меньше, чем IgM. Наибольшей выраженности у наблюдаемых больных достигала продукция IgA ($p < 0,001$). Уровень этого иммуноглобулина, более чем в 2 раза, превышал показатели «средней» контрольной группы. Хроническая фаза описторхоза характеризовалась и достоверно повышенным образованием ЦИК. Через 2 недели после проведенного лечения отмечено значительное при сравнении с контрольной группой ($p < 0,001$) повышение уровня IgM. Повторяя своеобразный «всплеск» IgM, достигал своего максимума в этот период IgA. Практически без изменения при сопоставлении с показателями до лечения оставались уровни IgG и ЦИК. Спустя 3 месяца после дегельминтизации уровень IgM не претерпел существенных изменений по сравнению с предшествующим периодом наблюдения. Продукция IgA в этом периоде снижалась до уровня «средней» в группе до лечения. Наиболее значительное снижение выявлено при анализе показателей IgG. Динамика ЦИК характеризовалась определенной монотонностью с одинаковым уровнем до лечения и в течение 3 месяцев после дегельминтизации. Отчетливая динамика показателей иммуноглобулинов и ЦИК зарегистрирована лишь через полгода после проведенного лечения. Уровень IgM оставался по-прежнему повышенным ($p < 0,001$) при сравнении с контрольной группой, но отмечалось его отчетливое снижение. IgA снизился до значений контрольной группы ($p > 0,05$). В то же время наблюдалось повышение значений IgG, наиболее выраженное за весь изучаемый период, и умеренное повышение ЦИК.

Таким образом, проведенная дегельминтизация способствовала положительной динамике показателей гуморального иммунитета у наблюдаемых больных. Длительная циркуляция ЦИК обосновывает для прекращения персистенции описторхоза дополнение лечебного курса иммунореабилитацией.

**Касенова Л.Ш., Филипповская Т.Н., Макулбаева У.Т.
О СОСТОЯНИИ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ
ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ Г. АЛМАТЫ**

г. Алматы, Республика Казахстан

В Республике Казахстан с 2008 года для противотуберкулезной иммунизации успешно используется вакцина БЦЖ производства Япония. В городе Алматы ситуация по иммунопрофилактике туберкулеза характеризуется

высоким охватом вакцинацией БЦЖ детей до 1 года. За последние 3 года (2012-2014 гг.) охват вакцинацией составил 96,5, 99,5%, 99,8%. В период новорожденности охвачены вакцинацией БЦЖ в 2013 г. 35068 младенцев (93,3%), в 2014 г. 37723 (91,9%). При достаточно высоком уровне иммунизации частота развития местного поствакцинального знака по годам особой разницы не имела, у 97-98% привитых были обнаружены на левом плече округлой формы рубчики БЦЖ. Отличительной особенностью японской вакцины является раннее появление местной реакции на плече и в короткие сроки (2-4-6 недель) формирование рубчика.

При более глубоком анализе эффективности иммунизации новорожденных, нами установлено, что имеет место рост числа детей, оставшихся непривитыми. Так, за последние 3 года, этот показатель составил: 363 (1,3%), 460 (1,6%), 885 (2,2%) детей, соответственно (2012, 2013, 2014 гг.). Из общего количества непривитых в 2013 году, почти новорожденных не были вакцинированы по медицинским противопоказаниям. В последние годы сложилась ситуация, которая особенно тревожит неонатологов и фтизиатров, это отказ родителей от иммунизации. В 2010 году доля отказов от вакцинации составила 68,6%, в 2011 г. – 56,5%, в 2012г. – 54,3%, в 2014 г. – 53,1%. Причинами отказов все чаще являются религиозные мотивы (мусульманство, «запрет» по корану) – 34,6%, негативное влияние средств массовой информации, вызывающее страх и угрозу возникновения аллергических и побочных реакций, вплоть до смертельных исходов и инвалидизации ребенка (48,2%); низкая санитарная грамотность населения, когда родители отказываются беспричинно (17,2%). Серьезная ситуация сложилась и в более старшем возрасте, в 2 раза увеличилось число отказов от вакцинации БЦЖ детей, курируемых участковыми врачами, уже после снятия медицинских противопоказаний.

Поствакцинальные побочные реакции у зарегистрированы у 127 новорожденных (0,034%), среди которых преобладали регионарные лимфадениты 124 (98%), БЦЖ-оститы составили 3 (2,4%) случая. Наиболее часто осложненное течение наблюдалось на серии БЦЖ 1374, 1338, 1339, 1529 производства Японии. Нами представлены зарегистрированные случаи осложнений, из них лимфоаденопатии с размерами увеличения регионарных лимфоузлов до 20 мм встречались несколько чаще (1-2%).

Таким образом, в г.Алматы проводится специфическая профилактика туберкулеза у детей соответственно нормативным документам по противотуберкулезной работе лечебно-профилактических организаций РК. Несмотря на высокий охват вакцинацией и ревакцинацией БЦЖ (99,8%, 100%), имеется ряд нерешенных проблем, которые снижают эффективность профилактических прививок. Для уменьшения частоты отказов от иммунизации БЦЖ необходимо проведение широкой санитарно-просветительной работы среди женщин фертильного возраста, в т.ч. беременных; пропаганда здорового образа жизни, важности и высокой эффективности вакцинации БЦЖ.

Касымжанова Л.С., Баймурзинова Д.Ж., Амиреев С.А.
**ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ
ОБЕЗЗАРАЖИВАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ КОЖНЫХ
АНТИСЕПТИКОВ ДЛЯ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ И
ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ РУК**

г. Алматы, Республика Казахстан

Актуальность: Обработка рук является важным элементом профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи. В связи с тем, что в настоящее время в Республике Казахстан нет нормативно-правовых актов которые бы регламентировали выбор дезинфицирующих средств для применения в организациях, осуществляющих медицинскую деятельность, на **практике** выбор кожных антисептиков, так же как и дезинфицирующих средств, проводится в основном с учетом экономических показателей без детального понимания их количественного и качественного состава.

Цель исследования. Оценить эффективность антисептиков по качественному и количественному составу активно действующих веществ (АДВ), предназначенных для обработки рук медицинских работников в отношении типовых культур бактерий.

Экспериментальное аналитическое исследование в данной работе проведено с использованием двойного слепого метода путем количественного и качественного сравнения микробиологических показателей смывов, взятых с рук медицинских работников до обеззараживания и после обеззараживания испытуемыми кожными антисептиками. Оценка эффективности кожных антисептиков для гигиенической обработки рук была проведена количественным методом путем искусственного обсеменения тест-культурой *E. coli* (штамм K12KS507). Участвовали медицинские работники терапевтического профиля.

Оценка эффективности обеззараживающих антисептиков для хирургической обработки рук была проведена качественным методом в отношении естественной микрофлоры. Участвовали медицинские работники хирургического профиля.

Для гигиенической обработки рук в отношении бактерий группы кишечной палочки наиболее эффективным средством (эффективность более 99,99%) с Log RF не менее 4, является антисептик «Альфапирокс» (производства РК), имеющий в составе в качестве действующего вещества пропиловый спирт в концентрации 63%.

Для хирургической обработки рук в отношении естественной микрофлоры наиболее эффективным средством (эффективность 100%), являются антисептики: «Альфапирокс» (производства РК), имеющий в составе в качестве действующего вещества пропиловый спирт в концентрации 63% и «Аниос-гель» (производства Франция), имеющий в составе в качестве действующего вещества этиловый спирт в концентрации 66,5-73,5%.

Ким А.А., Колмогорова Е.Л., Дауленова А.Е.
ТЕЧЕНИЕ КОРИ У ВЗРОСЛЫХ

г. Караганда, Республика Казахстан

За последнее десятилетие в Республике Казахстан почти ежегодно регистрируются случаи кори. Рост заболеваемости наблюдался в 2005 году – 15745 подтвержденных случаев. С января 2014 года в Республике Казахстан

эпидемическая ситуация по кори изменилась, рост заболеваемости отмечается во всех регионах.

В период январь - май 2014 года в Областную инфекционную больницу г. Караганды поступило 537 взрослых коревых больных. Всем больным проведено клиническое обследование, с целью подтверждения диагноза «Подтвержденный случай кори», методом ИФА (иммуноферментного анализа) в плазме крови определялись IgM к вирусу кори. При необходимости проводились дополнительные методы исследования – рентгенография органов грудной клетки, электрокардиография. При развитии осложнений осмотр узких специалистов – окулиста, отоларинголога, невролога. Детально изучался эпидемиологический анамнез и данные прививочной карты-формы № 63.

Изучение клинических проявлений выявило типичное начало заболевания с выраженных симптомов интоксикации – слабости, недомогания. У всех больных отмечались повышение температуры до фебрильных цифр, продолжительностью от 2 до 6 дней, жалобы на головную боль – у 47% пациентов. Столь же частыми были катаральные симптомы: у 100% наблюдаемых отмечался ринит со слизисто-серозным отделяемым из носа, влажный кашель (98%), склерит (95%), конъюнктивит (80%), гиперемия слизистых ротовой полости (30%). Пятна Бельского-Филатова-Коплика выявлены лишь у 34%, так как большинство больных поступали в период разгара, или высыпаний, в котором этот важный диагностический критерий, как правило, регрессирует. Диагностически важным является коревая экзантема, которая наблюдалась у всех больных. Макуло-папулезные высыпания ярко-розовой окраски появлялись этапно, имели тенденцию к слиянию. У 20% заболевание протекало с аллергическим компонентом, наблюдались одутловатость лица, отечность век, зуд кожных покровов. Заболевание с геморрагическим синдромом протекало у 17% больных: экзантема геморрагического характера, носовые кровотечения. Диспепсические расстройства в виде тошноты, рвоты, болей в животе, жидкого стула до 4-5 раз без патологических примесей выявлены у 38% больных.

Усугубляли течение болезни осложнения, которые развились у 56%. Острый бронхит и острый ларинготрахеит наблюдались у 22,3% и 19% пациентов соответственно. Катаральный отит развился у 8,2% больных, пневмония – у 6,7%. Осложнений со стороны центральной нервной системы не выявлено.

Выраженные симптомы интоксикации, геморрагический и диспепсический синдромы, осложнения в виде присоединения вторичной бактериальной инфекции определили тяжелую степень тяжести болезни у 73% больных. В эту группу вошли все больные в возрасте от 40 до 59 лет. И только у 8 (1,5%) пациентов заболевание протекало в легкой форме, с отсутствием симптомов интоксикации и единичными макуло-папулезными высыпаниями на коже, быстрой положительной динамикой и клиническим выздоровлением. Таким образом, несмотря на наличие живой вакцины, корь остается неликвидированным заболеванием.

*Кожанова С.В., Бижигитова Б.Б., Битанова Э.Ж.,
Тарабаева А.С.*

РОЛЬ АДЪЮВАНТОВ В КОНСТРУИРОВАНИИ СОВРЕМЕННЫХ ВАКЦИН

г. Алматы, Республика Казахстан

Традиционные вакцины, в состав которых входят живые или убитые целые микроорганизмы, являются достаточно эффективными, однако многие из них обладают высокой реактогенностью. При разработке более безопасных, менее реактогенных субъединичных вакцин было обнаружено, что параллельно со снижением реактогенности снижается эффективность вакцин. Как правило, современные субъединичные, а также рекомбинантные и генетические вакцины обладают невысокой иммуногенностью. Для ее повышения необходимо введение в состав вакцин веществ, активирующих иммунную систему, называемых адъювантами.

Целью введения адъювантов в состав вакцин является усиление, ускорение и пролонгирование иммунного ответа на антиген до требуемого уровня. Дополнительными достоинствами адъювантов являются также их способность повышать иммуногенность антигенов; модифицировать природу иммунного ответа; снижать количество антигена, необходимое для успешной вакцинации; снижать частоту ревакцинаций; а также усиливать иммунный ответ у людей с иммунодефицитами.

По своей химической природе адъюванты представляют собой весьма гетерогенную группу соединений, которые объединены одной общей чертой – их способностью повышать и модулировать иммунный ответ – адъювантностью. Вакцина может включать несколько адъювантов, в том числе и в виде адъювантных иммуностимулирующих комплексов. В состав вакцины может также входить несколько антигенов. Каждый из адъювантов может работать только по отношению к одному из антигенов, содержащихся в вакцине, а может обладать адъювантностью и по отношению ко всем антигенам вакцины. Механизмы их действия на иммунную систему весьма разнообразны, а главный побочный эффект по отношению к организму вакцинируемого чаще всего обусловлен возникающими при их введении гиперреактивностью и токсичностью. Выбор любого из адъювантов всегда представляет собой компромисс между требованиями адъювантности и приемлемым уровнем негативных реакций. В настоящее время при создании вакцин принято производить оценку соотношения риск/польза и предпочитать безопасность эффективности, когда вакцину применяют в популяции здоровых людей. Однако в группах высокого риска, включая больных раком и СПИДом, а также в случае «терапевтических» вакцин, применяемых для лечения тяжелых заболеваний, повышенный уровень токсичности может быть допустимым, если вакцина приносит существенную пользу.

В последнее время разработаны адъюванты нового поколения на основе липосом, виросом и белковых мицелл.

Использование липосом в качестве адъювантов повышает и клеточный, и гуморальный ответ на белковые и полисахаридные антигены. Вакцины против гриппа и гепатита А, основанные на липосомах и виросомах, разрешены в Европе. Показано, что при вакцинации пожилых людей они лучше индуцируют образование цитотоксических Т-лимфоцитов, чем аналогичные вакцины без

адъювантов. Вакцина INFLUSOM-VAC, которая содержит трехвалентную липосомную вакцину против гриппа с добавлением ИЛ-2, показала более высокую иммуногенность по сравнению со стандартной безадъювантной противогриппозной вакциной.

Примером использования виросом в качестве адъюванта в составе вакцин может служить профилактическая и терапевтическая вакцина против папилломы человека, включающая рекомбинантные капсидные пептиды нескольких серотипов вируса папилломы человека в форме виросом. Эти пептиды длиной от 12 до 35 аминокислот моделируют структуру Т- и В-клеточных эпитопов трансформирующего белка Е7 вируса папилломы. Виросомы, подобно обычным вирусам, способны проникать в клетку, доставляя в нее антигенный материал с последующими процессированием и презентацией. Показано, что рекомбинантные виросомы индуцировали высокий уровень протективных антител и вызывали активацию как Т-хелперов, так и цитотоксических Т-лимфоцитов.

ISCOMS – иммуностимулирующие комплексы, представляют собой комплексы на основе липосом и могут включать антигены в виде белковых мицелл, содержат экстрагированные антигены или мембранные пептиды различных патогенов, включая вирусы гриппа, кори, гепатита В, ВИЧ и другие. Антигенами, включенными в ISCOMS, могут быть мицеллы, образованные пептидными антигенами: gp 120 ВИЧ, gP вируса Эпштейна-Барра, антигенами оболочек вирусов кори, бешенства, гепатита, белковыми антигенами малярийного плазмодия, возбудителя бешенства, опухолеспецифическими антигенами.

Новые адъюванты для современных рекомбинантных, субъединичных и генетических вакцин, а также их комбинации расширяют область применения вакцин, позволяя с их помощью не только осуществлять профилактику и лечение инфекционных, но и таких опасных и трудно поддающихся лечению болезней как рак, аллергические и аутоиммунные заболевания.

Колмогорова Е.Л., Ким А.А., Маслова Н.Г.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНТРОСИЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ВЗРОСЛЫХ

г. Караганда, Республика Казахстан

Проблема острых кишечных инфекций (ОКИ) является одной из актуальных в мире, в том числе и Казахстане. Острые кишечные инфекции по своей распространенности уступают только острым респираторным вирусным заболеваниям. Заболеваемость кишечными инфекциями достаточно высока. Ежегодно ОКИ по всей планете заболевают более 550 млн. человек.

Основными проявлениями ОКИ являются частый, жидкий, обильный, водянистый стул, тошнота, рвота, боли в животе различной локализации, лихорадка. При несвоевременном лечении ОКИ могут возникнуть такие грозные осложнения, как дегидратация, развитие гиповолемического, инфекционно-токсического шоков, острой почечной недостаточности и др.

В лечении ОКИ появились новые подходы, и основной упор делается на патогенетическую терапию. Одной из целей патогенетической терапии ОКИ является борьба с диарейным синдромом. Предложено множество анти-

диарейных препаратов (индометацин, лоперамид и др.), при использовании которых должны учитываться патогенетические особенности указанного синдрома. Но мы хотим поделиться опытом применения антидиарейного препарата «Энтросил».

54 пациента с острой кишечной инфекцией и дегидратацией 1-2 степени были разделены по лечению на 2 группы: 1 группа (27 чел.) получала ципрофлоксацин по 500 мг 2 раза в день 5 дней, 2 группа (27 чел.) – энтросил по 1000 мг (2 капсулы) 4 раза в день до исчезновения симптомов диареи. Всем пациентам проводилась интенсивная терапия (внутривенное ведение глюкозо-солевых растворов и пероральный прием регидрона). Эффективность лечения оценивалась по результатам клинического выздоровления, результатам копроскопии и длительности нахождения пациента в стационаре.

Результаты исследований показали, что эффективность лечения в: 1 группе составила 91%, т.е. у 24 пациентов диарейный синдром регрессировал на 5-7 сутки госпитализации, повторная копроскопия была сделана на 7 день и носила не- воспалительный характер, пациенты находились в стационаре 7 дней; во 2 группе у 88% (23 чел.) диарейный синдром был купирован на 3-5 сутки, повторная копроскопия на 5 день – все показатели в норме, госпитализация сократилась до 5 дней.

Эффективность лечения 2 группы обусловлена тем, что энтросил действует механически, защищая воспаленную слизистую оболочку кишечника, благодаря способности образования защитной пленки на основе белков, осаждающая мукопротеины, ответственные за ограничение воспаления и способствуя их удалению с фекалиями.

Таким образом, в лечении острых кишечных инфекций, протекающих в легкой и среднетяжелой формах, а также пациентов с противопоказаниями к назначению антибиотиков, можно обойтись без этиотропного лечения. И как альтернативу – использовать патогенетическую антидиарейную терапию.

Корзан А.И., Садовникова Г.В., Подушкина Е.А., Ярец Л.Н., Чирцова С.В.

СЛУЧАИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДИРОФИЛЯРИОЗОМ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ БРЕСТСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

г. Брест, Республика Беларусь

Дирофиляриоз – сравнительно новая проблема для медицинских служб области, первые случаи данного заболевания начали регистрироваться в организациях здравоохранения с 2007 года, за последние 7 лет их было выявлено 12.

Среди заболевших дирофиляриозом 9 человек были жители городов, 3 – сельской местности, все принадлежали к различным профессионально-бытовым категориям населения, количество лиц мужского и женского полов было в равных частях. Среди мужчин случаи заболеваний регистрировались в возрасте от 23 до 54 лет; женщин – от 16 до 72. В 67,0% случаев заражение происходило в южной, более теплой и влажной части территории белорусского Полесья, граничащей с Украиной, для которой характерны высокие стояние грунтовых вод – 1-3 метра, протекает река Припять с ее многочисленными притоками, имеется много болотистых массивов, различных

водоемов, периодически происходит подтопление этого региона во время весеннего паводка, соответственно, есть условия для размножения кровососущих комаров, и отмечается их стабильно высокая численность преимущественно рода *Aedes*, а также рода *Culex*. В одном случае заражение жителя области произошло на территории Украины. Основными территориями риска для населения были: берега озер во время нахождения на рыбалке в вечернее время и утренние часы, территории частных домовладений с подтопленными подвалами, многоквартирные дома в черте города, расположенные вблизи водоемов. В большинстве случаев в частных домовладениях имелись домашние собаки, в районе многоквартирных домов – бродячие собаки и кошки. Пострадавшие предъявляли жалобы на обилие комаров в домах и квартирах в вечернее и ночное время, их многочисленные укусы.

Локализация гельминта у заболевших была выявлена в различных частях тела: теменной области головы, правом и левом глазу, нижнем веке, шее, подбородке, области грудинно-ключичного сочленения, паху. Основными симптомами при обращении пострадавшие называли: неприятное ощущение в глазу, отечность, резь, боль и зуд; имели место периодические боли и шевеление внутри уплотнения на теле; отмечали миграцию «образованья» в различные участки тела. Окончательный диагноз «Дирофиляриоз» был установлен после хирургического удаления паразита и его лабораторного исследования – установления видовой принадлежности гельминтоза (все самки рода *D.repens*, в одном экземпляре, размер которых был в пределах от 10 до 15 см).

На основании проведенных исследований можно сделать вывод, что на территории области в зоне белорусского Полесья имеются предпосылки к формированию стойких природных очагов дирофиляриоза. Проводимый эпидемиологический и энтомологический мониторинг за данной инвазией позволяет целенаправленно проводить комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий, направленных на уменьшение риска заражения населения, совместно с заинтересованными ведомствами и службами.

Кривицына Э.В.

ЗНАЧИМОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ А, G И М В ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ БРУЦЕЛЛЕЗА

г. Новосибирск, Россия

На протяжении десятилетий бруцеллез остается актуальной проблемой отдельных территорий России, Казахстана и большинства других государств Средней Азии. Пораженность населения бруцеллезом в эндемичных регионах может достигать 200 чел. на 100000 населения.

Основными методами диагностики этого заболевания на современном этапе являются серологические. ИФА по выявлению антител к возбудителю бруцеллеза относится к наиболее простым, быстрым и достоверным тестам на эту инфекцию. Но, как показывает практика, возможности этого метода используются в клинических лабораториях не в полной мере, что порой приводит к снижению его диагностической ценности.

В большинстве учреждений, занимающихся диагностикой бруцеллеза, как правило, определяют только им-

муноглобулины G, реже тестируют кровь на IgM и IgA к бруцеллам. И только в отдельных диагностических лабораториях определяют все 3 типа иммуноглобулинов – A, G и M.

С целью показать значимость и необходимость применения всей линейки иммуноферментных тестов для диагностики бруцеллеза, нами в ИФА протестировано 226 сывороток крови пациентов, страдающих хроническим бруцеллезом, госпитализированных в течение 4-х лет в 1 МИКБ г. Новосибирска. Исследование образцов сывороток крови пациентов проводили в наборах «Бруцелла-IgG-ИФА-БЕСТ», «Бруцелла-IgM-ИФА-БЕСТ» и «Бруцелла-IgA-ИФА-БЕСТ», производства ЗАО «Вектор-Бест».

При использовании наборов только одного вида – для определения IgG к возбудителю бруцеллеза – было выявлено 152 (67%) положительно реагирующих образца. При тестировании этих же 226 сывороток крови в 2-х типах иммуноферментных наборов – для определения IgG и IgM – положительных образцов выявлено 162 (71,7%). Включение в исследование наборов, предназначенных для определения IgA к бруцеллам, позволило выявить 188 положительно реагирующих образцов, что составило 83% против 67% при использовании только одного вида наборов реагентов.

Таким образом, при обследовании пациентов, подозрительных на бруцеллез, или при наблюдении страдающих этой инфекцией в динамике, рекомендуется тестировать образцы сыворотки крови в ИФА на 3 вида маркеров: специфические IgG, IgM и IgA. Именно комплексное использование наборов увеличивает диагностическую значимость ИФА при бруцеллезе.

Куандыкова А.К., Кузьмина А.Р., Минтасова А.С.

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ И
ЭНТОМОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ
В ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ СЕЗОН ККГЛ В ПРИРОДНО-
ОЧАГОВОЙ ЗОНЕ ПОСЕЛКА
С. КОЖАНОВ СЕЛЬСКОГО ОКРУГА УШКАЙЫК
ГОРОДА ТУРКЕСТАН ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ
ОБЛАСТИ РК**

г. Туркестан, Республика Казахстан

Одним из неблагополучных по природной очаговости ККГЛ является поселок С. Кожанов сельского округа Ушкайык г. Туркестан ЮКО, чему способствует циркуляция в природе зараженных вирусом клещей, благоприятные климатические условия и особенности географического ландшафта. Населенный пункт по географическому месторасположению находится от юго востоку г. Туркестан имеет полупустынный ландшафт, почва песчаная, с преобладанием солончака. Водопользование носит характерную особенность – наличие подземных источников термальной горячей воды на территории, ежегодная затопляемость открытой территории в весеннее время вблизи окружности поселка при переполнении отводящих каналов реки Сырдарья. Основным занятием населения является скотоводство – (крупный и мелкий рогатый скот, верблюды и лошади), которые являются прокормителями иксодовых клещей видовой принадлежности *Hyalomma scupense*, *Hyalomma anatolicum*, а также *Dermacentor daghestanicus* (*niveus*) – основных переносчиков ККГЛ.

По энтомологическим наблюдениям за фауной иксодовых клещей на протяжении десятилетнего исследования с 2005 по 2014 годы и эпидемиологического мониторинга заболеваемости ККГЛ в г. Туркестане прослеживается тенденция в эпидемиологической ситуации единичных проявлений заболеваемости ККГЛ. Из числа 11 сельских округов, фактором активизации природной очаговости ККГЛ рассматривается сельский округ Ушкайык, в частности поселок С. Кожанова. До 2014 г. случаи ККГЛ, подтвержденных лабораторным анализом не регистрировались, были лишь случаи ККГЛ вероятного и предположительного характера, но лабораторно не подтверждались. В 2014 г. в п. Кожанов был зарегистрирован и расследован 1 случай ККГЛ (147,49 на 100 тысяч всего населения, 0,4 на 100 тыс. населения г. Туркестана и 16,19 на 100 тысяч населения сельского округа Ушкайык). Анализируя обстоятельства прошлых лет, четко прослеживаются выраженные предпосылки возникновения случая в природном неблагополучном населенном пункте С. Кожанов по неоднократному выявлению вируса ККГЛ в переносчиках инфекции – иксодовых клещах *Hyalomma scupense* (2009, 2010, 2011 и 2014 гг.). За период 2005-2014 гг собрано клещей на исследование вируса ККГЛ 21373 иксодовых клещей в 36 населенных пунктах г. Туркестан, из них 6315 клещей из сельского округа Ушкайык было доставлено и исследовано в лаборатории ООИ ДГСЭН ЮКО, что составило 29,5%. В 18 населенных пунктах выявлены 460 клещей с положительными результатами, что составляет 50% пораженности вирусом ККГЛ, в С. Кожанов было собрано 1553 иксодовых клещей, из них 398 исследовано, в 40 клещах обнаружен вирус ККГЛ, что составляет индекс инфицированности – 2,57% зараженности клещей от общего числа исследованных лабораторным методом (ИФА) и 10,05% – из числа выявленных зараженных клещей. Факторы внешней среды и наличие переносчиков имеют тесную связь.

Куклиновский И.И.

**НОРМАТИВНО - ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ
ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ И
ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ
ПРИ ТУБЕРКУЛЁЗЕ
В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН**

г. Алматы, Республика Казахстан

Одним из ключевых направлений социальной политики нашей страны является борьба с туберкулезом, которое закреплено постановлением Правительства от 21 декабря 2007 года №1263 «О неотложных мерах защиты населения от туберкулеза в Республике Казахстан».

Указом Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года №1113 утверждена Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Казахстан» на 2011 – 2015 годы. Кодексом Республики Казахстан «О здоровье народа в системе здравоохранения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 07.11.2014г.) проблема борьбы с туберкулезом поставлена в ранг общегосударственной значимости и имеет первоочередной приоритет в охране здоровья населения республики.

Постановлением Правительства Республики Казахстан от 12 января 2012 года № 33 утверждены Санитарные

правила «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемиологических (профилактических) мероприятий по предупреждению инфекционных заболеваний», в которые внесены дополнения в части организации профилактических и противоэпидемиологических мероприятий по туберкулезу.

Нормативными правовыми актами определен порядок взаимодействия организаций первичной медико-санитарной помощи, санитарно-эпидемиологической и противотуберкулезной служб в области предупреждения распространения туберкулеза, в том числе выявления и лечения больных, подготовки материалов в суд на лиц больных заразными формами туберкулеза умышленно уклоняющихся от обследований и лечения, соблюдения санитарно-противоэпидемиологического режима и инфекционного контроля в ПТО.

Регламентирована система организации планового флюорографического обследования населения и микроскопического исследования материала от длительно кашляющих больных в амбулаторно-поликлинических организациях, планирования прививок и туберкулиновых проб, проведения противоэпидемиологических мероприятий в очагах туберкулеза, допуска лиц к обслуживанию животных в неблагополучных по туберкулезу хозяйствах, обязательных профилактических мероприятий в хозяйствах и на фермах; взаимодействие с другими государственными органами и организациями в области борьбы с туберкулезом и другие.

Приказом уполномоченного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения Республики Казахстан от 1 июля 2014 года №175 утвержден ежеквартальный мониторинг заболеваемости населения туберкулезом и выполняемых мероприятий, позволяющий своевременно принимать управленческие решения.

Работа с местными исполнительными органами по оказанию материальной помощи больным туберкулезом способствует оздоровлению очагов туберкулеза. Если в 2011 году местными исполнительными органами оказана материальная помощь больным на сумму 257,8 млн. тенге, то в 2014 году – 553,6 млн. тенге.

В результате проведения комплекса мероприятий в 2014 году заболеваемость населения туберкулезом определилась показателем 67,3 на 100 тыс. населения против 126,4 в 2007 году.

Кулемин М.В., Сажиев Ю.С., Атовуллаева Л.М., Сайлаубекулы Р.

ОБНАРУЖЕНИЕ АНТИГЕНА КОНГО-КРЫМСКОЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ В ИКСОДОВЫХ КЛЕЩАХ НА ТЕРРИТОРИИ КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ РК

г. Шымкент, Республика Казахстан

Как известно, активные эпидемические очаги Конго-Крымской геморрагической лихорадки (ККГЛ) имеются в Кызылординской, Жамбылской и Южно-Казахстанской областях. Есть сведения о возможности существования очагов этой инфекции в Западно-Казахстанской и Алматинской областях, а также архивные, довольно скудные, данные о положительных лабораторных результатах в Мангистауской, Атырауской и Карагандинской областях.

В 2014 г. при обследовании севера пустыни Бетпакдала, на территории Улытауского и Жанааркинского районов Карагандинской области были собраны иксодовые клещи из открытых стадий и со скота. Всего с этой территории собрано и исследовано с использованием иммуноферментного анализа (тест-система производства ЗАО «Вектор-Бест», Россия), 97 экземпляров иксодовых клещей: 88 экз. – *Hyalomma asiaticum asiaticum* Schulze et Schlotke, 1929, 6 экз. – *H. scupense* Schulze, 1918, и 3 экз. – *Rhipicephalus pumilio* Schulze, 1935. Клещи были сгруппированы в 10 пулов, из которых в одном (№ 91), состоящем из 8 экз. *H. as. asiaticum*, обнаружен антиген вируса ККГЛ. Клещи были собраны с КРС на отдельной зимовке в сельском округе Мийбулак Улытауского района (LAT 46° 22` LON 68° 17`).

Численность клещей на сельскохозяйственных животных в данных районах была невысокой, т.к. животноводы периодически проводят противоклещевые обработки, поэтому составляла всего 2-3 экземпляра на одно животное. В целом, в Западной Бетпакдале клещи *H. asiaticum* являются доминирующим и широко распространенным видом, как на домашних животных, так и на диких грызунах. Клещи *Rh. pumilio* встречаются здесь обычно на мелких хищниках, зайцах-толяях и, редко, на МРС. Что касается клещей *H. scupense*, то этот вид нами не обнаруживался ни в южной, ни в центральной части Западной Бетпакдалы. Возможно, в данной пустыне из-за отсутствия необходимых условий существует разрыв обширного ареала *H. scupense*.

Отметим, что обнаружение антигена ККГЛ в Карагандинской области вполне естественно, т.к. здесь расположены самые северные поселения большой песчанки (*Rhombomys opimus*) которая является основным прокормителем преимагинальных фаз клещей *H. as. asiaticum*, известных как основные хранители и переносчики вируса ККГЛ в пустынях юга Казахстана. При обследовании описываемой территории в 2013 и 2014 гг. нами здесь были выявлены новые поселения этого вида грызуна, доходящие почти до 47° северной широты и имеющие относительно высокую численность. В прошлом самые северные находки клещей с антигеном ККГЛ в Южно-Казахстанской области были в Созакском районе, что южнее 130-140 км от нового места обнаружения в Карагандинской области.

В будущем, для оценки эпидемиологической опасности заражения местного населения, следует продолжить изучение фауны иксодовых клещей и степень их участия в циркуляции вируса ККГЛ в пустынных районах Карагандинской области.

Кулжанова Ш.А., Жумагазин Ж.Д., Конкаева М.Е., Ширишкбаева Г.Е.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОРИ У ВЗРОСЛЫХ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Астана, Республика Казахстан

На современном этапе корь перестала быть «детской» инфекцией. Многочисленными исследованиями доказано, что корь у взрослых имеет свои особенности, о которых знают не все практикующие врачи. Следствием чего является поздняя изоляция и госпитализация больных,

несвоевременно начатое лечение с последующим развитием тяжелых осложнений.

Нами проанализированы 294 истории болезни больных корью, находившихся на стационарном лечении в ГИБ г. Астана за последние два года (2013-2014 гг.). Среди заболевших лиц преобладали мужчины (55,1%). Возраст больных составил от 15 до 59 лет, наибольшее количество больных приходилось на возрастную группу 20-29 лет (47,2%). В основном это были местные жители г. Астаны (89,1%). Среди заболевших 47,2% составили студенты, 28,9% – работающие лица, 19,3% – неработающие, 0,68% – пенсионеры. Контакт с больными с корью отметили только 3,7% больных. Ревакцинацию против кори получил только один больной, 212 пациентов не были ревакцинированы, остальные не знают.

85,1% больных были доставлены в инфекционный стационар машиной «Скорой помощи», 8,6% больных обратились самостоятельно, 6,3% госпитализированы по направлению врачей других специальностей. Больные поступали в стационар с предварительным диагнозом «Корь» в 48% случаев. Направительный диагноз краснуха регистрировался в 18% случаев, инфекционный мононуклеоз – в 2%, скарлатина в 2%, токсико-аллергическая реакция – в 4% случаев. В остальных случаях диагноз «Корь» ставился под вопросом, предполагали диагноз острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ). Большая часть больных (60,9%) поступали на 5-6 день от начала болезни, после появления сыпи. При этом даже после появления сыпи больные не сразу обращались за медицинской помощью, на 2-3 день, представляя эпидемиологическую опасность для окружающих. Ни у одного больного диагноз кори не был поставлен в катаральный период.

Среднетяжелое течение болезни отмечено у 87,8% больных, тяжелое – у 12,2% госпитализированных пациентов. В 100% случаев заболевание началось остро с повышения температуры тела до высоких цифр. При этом у 16,6% больных при поступлении в стационар температура тела составляла 37-38°C, у 46% – 38-39°C, у 23,1% – свыше 39°C. У 14,3% больных при поступлении в стационар температура тела была в пределах нормы. Наряду с интоксикационным синдромом у всех больных наблюдался катаральный синдром в виде умеренно выраженных признаков назофарингита (заложенность носа, першение в горле, сухой кашель). Признаки конъюнктивита определялись у 42,8% больных. Энантема на слизистой мягкого неба выявлена у 57,5%, пятна Филатова-Коплика – у 37,7% больных. Этапность появления сыпи наблюдалась только у 57,4% больных. Осложнения отмечены у 89,4% больных (77,2% – бронхиты, 10,8% – пневмонии, 1,4% – менингоэнцефалиты, которые характеризовались наиболее тяжелым течением).

Таким образом, корь у взрослых на современном этапе характеризуется среднетяжелым и тяжелым течением, возможностью развития менингоэнцефалитов, исход которых при своевременной диагностики и адекватной терапии благоприятный. Чаще корью болеют студенты, что еще раз доказывает необходимость их вакцинации в первую очередь. Корь в старших возрастных группах диагностируется намного позже, что способствует более поздней госпитализации больных, часто с осложнениями.

Кулжанова Ш.А., Жумагазин Ж.Д., Смагулова З.К., Атыгаева С.К., Тусупова К.Н.

ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ КОРИ

Астана, Республика Казахстан

Как известно, корь у взрослых протекает тяжело с частым развитием осложнений, с которыми и связана высокая летальность при данном заболевании. Наиболее серьезными осложнениями кори являются поражения нервной системы и дыхательных путей (пневмонии). По данным различных исследований, коревые энцефалиты развиваются в 0,5–1 из 1000 случаев заболевания, из которых 60% случаев заканчиваются выздоровлением, 25% – остаточными явлениями, а в 15% – летальным исходом; в то время как пневмония – в 5–10% случаев.

По данным литературы поражение центральной нервной системы (ЦНС) при кори обусловлено как непосредственным воздействием вируса на нервные клетки головного и спинного мозга, так и инфекционно – аллергическими процессами.

В городской инфекционной больницы г. Астана в 2014 году пролечено 4 больных корью, осложненной поражениями нервной системы: менингоэнцефалит диагностирован у 3 больных, менингоэнцефаломиелит – у 1 пациента. Среди больных преобладали лица молодого возраста от 20 до 28 лет – 3 больных, 38 лет – 1 больной. Больные были госпитализированы на 5–7-й день болезни с признаками поражения ЦНС. У всех больных в катаральном периоде болезни наблюдались выраженные проявления интоксикационного синдрома в виде повышения температуры тела до 39-40°C с выраженными ознобами, головной болью, слабостью, мышечными и суставными болями. В период высыпаний появлялась неврологическая симптоматика: менингеальный синдром (выраженная головная боль, тошнота, рвота, ригидность мышц затылка, положительные симптомы Кернига, Брудзинского) наблюдался у 100% больных, нарушение сознания: психомоторное возбуждение – у 3 больных, сопор – у 1 больного; у 3-х больных наблюдались генерализованные клонико-тонические судороги длительностью 2–4 суток. У одного больного с менингоэнцефаломиелитом диагностирован нижний парапарез и нарушение функции тазовых органов, которые регрессировали на фоне проводимого лечения.

При проведении люмбальной пункции у всех больных выявлена выраженная ликворная гипертензия, у 3 больных – нейтрофильный плеоцитоз при умеренном общем цитозе (от 21 до 69 клеток в 1 мкл). У больного с менингоэнцефаломиелитом в ликворе наблюдался лимфоцитарный плеоцитоз (378 клеток из 369 лимфоцитов в 1 мкл) было повышено содержание белка (0,99-1,65 г/л), уровень глюкозы был в пределах нормы. На фоне проводимой терапии санация ликвора наступала через 7–10 дней. В крови выявлен у всех больных умеренный лейкоцитоз (10,9–16,9×10⁹/л), палочкоядерный сдвиг формулы влево (15–21%) с умеренным увеличением СОЭ (12–34 мм/ч).

Диагноз кори у всех больных был подтвержден определением специфических Ig M в ИФА с коревым антигеном.

С первых дней госпитализации в ОРИТ всем больным проводилась антибактериальная, дегидратационная и дезинтоксикационная терапия, назначались кортикостероиды. При наличии судорожного синдрома прово-

дилась противосудорожная терапия, по показаниям - симптоматическое лечение. У всех больных наблюдался благоприятный исход болезни: 3 больных были выписаны в удовлетворительном состоянии для дальнейшего амбулаторного наблюдения, один больной с менингоэнцефаломиелитом продолжил реабилитационную терапию в неврологическом отделении.

Кулжанова Ш.А., Сейдахметова Г.У., Тусупова К.Н.
СЛУЧАЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ЭХИНОКОККОЗА
Астана, Республика Казахстан

Эхинококкоз — пероральный биогельминтоз, для которого человек является промежуточным хозяином и биологическим тупиком. Личиночная стадия паразита может развиваться во многих органах, что создает определенные трудности в клинической диагностике и лечении болезни. Приводим клинический случай генерализованного эхинококкоза с поражением селезенки, легких и печени.

Больной К., 35 лет, при профилактическом осмотре в июле 2009 г. на УЗИ органов брюшной полости были выявлены признаки портальной гипертензии, на ФГДС – варикозное расширение вен пищевода. При осмотре - легкая желтушность кожи и склер глаз, краевая субъектеричность склер глаз, сосудистые звездочки на коже лица и груди, печень на 1,5-2 см ниже края реберной дуги, пальпировался нижний полюс селезенки. Выставлен диагноз: Цирроз печени неясной этиологии, класс тяжести «В» по Чайлд-Пью, фаза декомпенсации. Портальная гипертензия, варикозное расширение вен пищевода 2 степени, синдром гиперспленизма. В феврале 2011 г. у больного появляются одышка при малейшей физической нагрузке, боли в поясничной области, боли в правом подреберье постоянного характера, слабость, быстрая утомляемость, снижение веса тела, неприятный вкус во рту. При обследовании на ФГДС – варикозное расширение вен пищевода 3 степени. В течение последующих 6 месяцев на фоне проводимой терапии улучшения в состоянии пациента не отмечалось. В сентябре 2011г. На УЗИ и КТ органов брюшной полости - картина цирроза печени, эхинококковые кисты печени, селезенки, спленомагалия, признаки портальной гипертензии. При многократном исследовании крови на Ig G к антигенам эхинококкоза однокамерного – результат отрицательный. В октябре 2011 г. на КТ грудного сегмента – картина кистозных образований нижней доли правого легкого.

С февраля 2012 г. больного стал беспокоить кашель непродуктивного характера. В июле 2012 г. во время кашля у больного возникает резкая боль в левом подреберье, усиливающаяся при малейшем движении, затруднение при дыхании. Больной был прооперирован по экстренным показаниям в связи с разрывом кисты селезенки, проведена спленэктомия. При гистологическом исследовании биоптатов селезенки выявлена киста эхинококка однокамерного, при исследовании биоптатов печени – хронические дистрофические изменения. Больной получил только один курс антипаразитарной терапии. В декабре 2012 г. у больного повышается температура тела до 39°C, выраженная слабость, головокружение, боли в правом подреберье и грудной клетке, усиливающиеся при малейшем движении, при глубоком вдохе, кашель

с выделением мокроты бурого цвета. С подозрением на разрыв кисты в бронх больной был госпитализирован в хирургическое отделение. Проведена эхинококкэктомия нижней доли правого легкого. В мае 2013г. больному в плановом порядке проведена эхинококкэктомия печени. Назначена противорецидивная антипаразитарная терапия.

В последующем состоянии больного значительного улучшилось: нормализовалась температура тела, уменьшились слабость, утомляемость, боли в правом подреберье, нормализовались показатели крови. На УЗИ – диффузные изменения паренхимы печени (хронический гепатит), признаков портальной гипертензии нет. На ФГДС – хронический рефлюкс-эзофагит. Дуоденогастральный рефлюкс, желчный катаральный дистальный рефлюкс-гастрит.

Таким образом, при множественном кистозном поражении внутренних органов даже при отрицательных результатах определения антител к антигенам эхинококка в ИФА необходимо заподозрить генерализованный эхинококкоз и своевременно провести хирургическое лечение и назначить антипаразитарные средства.

Курманова К.Б.
СЛУЧАЙ БЕШЕНСТВА У ЧЕЛОВЕКА В
АЛМАТИНСКОЙ ОБЛАСТИ РК

г. Алматы, Республика Казахстан

Эпизоотическая ситуация по бешенству в Казахстане ухудшилась в последние десятилетия. Растёт заболеваемость не только среди диких, но и среди домашних животных. Возникает угроза формирования очагов бешенства городского типа. Представляем случай бешенства у сельского жителя.

Больной К., 1986 года рождения, 25.08.2013 года был госпитализирован на 3-й день болезни в ГИБ с диагнозом: «Острая нейропатия плечевого пояса. Шейный остеохондроз. АГ» с жалобами на выраженную общую слабость, повышение температуры тела, беспокойство, головные боли, чувство стеснения в груди, ощущение нехватки воздуха, страх. Анамнез болезни. 23.08.13 у больного появляются боли в области плечевого пояса, иррадирующие в средостение и область сердца, 24.08.13 - навязчивая идея, слуховые и зрительные галлюцинации, нарушения глотания, 25.08.13 - повышается температуры тела до 38,5°C, артериальное давление до 150/100 мм рт. ст. Внутримышечное введение 3,0 мл диклофенака и 25 мг каптоприла оказались неэффективными. Эпиданамнез. За 20 дней до заболевания его укусила домашняя собака за средний палец левой кисти. Собака была агрессивной и глотала мёртвых саранчей, отравленных инсектицидами. У животного отмечалось обильное слюнотечение; через 3 дня у собаки развился паралич и она умерла. Профилактика бешенства пациенту не проводилась.

Анамнез жизни. Рос и развивался в соответствии с возрастом, не болел.

25.08.2013 г. Вечером отмечается неадекватное поведение пациента, возбуждение, форсированное дыхание. Жалуется на чувство нехватки воздуха, страха. Температура тела 38°C, АД 130/80 мм рт. ст., ЧСС 86 уд в мин, ЧДД 18 в минуту. Периодически спускался, становился адекватным. Медикаментозный сон.

26-27.08.13 г. Температура тела 38,4°C. Жалобы на головные боли, боли в левой половине плечевого пояса, иррадирующие в область средостения, на зрительные и слуховые галлюцинации. Отмечается смена сонливости и возбуждения, при этом становится агрессивным, не узнаёт родителей. Не может глотать воду, кричит.

28.08.13 г. Состояние нестабильное, сопор, не ориентируется в окружении, движения неадекватные, агрессивен, приступы бронхоспазма.

29-31.08.13 г. Температура тела 39,8°C. Сопор. Участились приступы возбуждения. Нарастает плегический синдром, дрожание рук и ног. Кожа горячая, частое дыхание.

01.09.13 (на 10-й день болезни). Температура тела 40°C. Сопор. Периодические судорожные подергивания мимических мышц и мышц конечностей. В связи с нарастающими явлениями острой дыхательной недостаточности переведен на ИВЛ в режиме гипервентиляции. Нарастает острая сердечная недостаточность. Остановка сердца. Констатирована смерть.

В анализе крови: эритроциты – $5,0 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 138 г/л, ЦП – 0,8, тромбоциты – $333,0 \times 10^9/л$, лейкоциты – $14,8 \times 10^9/л$. нейтрофилы сегментоядерные – 83%, моноциты – 6%, лимфоциты – 11%. СОЭ – 9 мм/ч. Глюкоза – 4,7 ммоль/л, билирубин общий – 26,0 мкмоль/л, прямой – 4,0 мкмоль/л. В-липопротеины – 12,0 (35-55). Мочевина – 8,0 ммоль/л, АЛТ – 0,24 ммоль/л. Общий белок – 72 г/л. Тимоловая проба – 0,6 ед. Результаты исследования цереброспинальной жидкости от 27.08.2013: ликвор – 4,0 мл, бесцветный, прозрачный, цитоз – 2 клетки, глюкоза – 3,0 ммоль/л.

Своевременная антирабическая помощь в полном объеме, подготовка ответственных за её оказание специалистов и тесное сотрудничество их с ветеринарной службой, являются необходимыми условиями профилактики бешенства у людей.

Курманова К.Б.

ТЕЧЕНИЕ И ТЕРАПИЯ СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ У ПАЦИЕНТА С ВИРУСОМ ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА И ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С

г. Алматы, Республика Казахстан

Сибирская язва – тяжело протекающее заболевание, прогноз которого у ХГС/ВИЧ – ко-инфицированных пациентов хуже, чем у пациентов без них. С этой точки зрения особенно интересным представляется клинический случай эдематозной формы сибирской язвы.

Больной Ш., 34 года, 29 сентября 2014 года поступил в инфекционную больницу с диагнозом «Инфицированная рана. Стрептодермия». Из анамнеза выяснилось, что пациент заболел неделю назад, когда появились лихорадка с ознобом, слабость, боли в правой руке. За 3 дня до заболевания участвовал при вынужденном забое больной коровы (корова шаталась, у неё были кровянистые выделения изо рта и носа). Одновременно заболел ещё один человек, который вместе с ним забивал корову и с диагнозом «Сибирская язва, кожная карбункулёзная форма, среднетяжелое течение» госпитализирован в эту же больницу.

Жалобы на общую слабость, повышение температуры, озноб, боли и отёк правой кисти. Температура тела 38,5°C, тоны сердца приглушены, ЧСС 82 уд/мин, АД 100/70 мм

рт. ст. В легких везикулярное дыхание. Печень + 2-3 см, край плотный. Симптом поколачивания резко положительный. Увеличен лимфатический узел в правой подмышечной области. Status localis. Наличие выраженного плотного отёка на тыльной поверхности правой кисти без видимого карбункула в первые дни болезни с раной в середине ($1,0 \times 1,5$ см). Позднее на месте безболезненного отёка появился некроз, покрытый черным струпом. Выставлен диагноз «Сибирская язва, эдематозная форма, тяжелое течение. В-20, 1-я клиническая форма. ХГС. Хронический пиелонефрит». Назначен пенициллин по 3 млн в/м через каждые 4 часа, дезинтоксикационная и симптоматическая терапия.

В ОАК тромбоцитопения ($106 \times 10^9/л$), лейкоциты ($9,4 \times 10^9/л$), лимфопения (15%), в ОАМ белок (0,66 г/л), лейкоциты – 4-5, эритроциты – 6-7 в поле зрения.

Выявлены антитела к белкам ВИЧ-инфекции. Профиль белков: GP 110/ 120+. GP160+; GP41+; P68+; P52+; P55+; P40+; P34+; P25+; P18+). Он в течение нескольких лет состоит на учёте в центре СПИД с диагнозом В-20, 1-я клиническая форма.

ПЦР исследование: содержимого язвы – обнаружена *Bacillus anthracis*, из мяса коровы – обнаружена *Bacillus anthracis*.

ИФА: a-HCV IgG – положительный, ПЦР: HCV RNA – 3979413 МЕ/мл.

06.10.2014 г. Выраженный отёк правой кисти с замедлением тока крови привёл к развитию осложнения: тромбозу вен и множественным диапедезным кровотечениям в кожу правой руки (объём её увеличился >2,5 раз в сравнении с левой), грудной клетки и подмышечную область. Коагулограмма. Фибриноген общий - 1,0 г/л. Протромбиновый индекс – 56%. Тромбиновое время – 86''. Свертываемость крови 5'50''. АПТВ – 41,4''. Проявления сибирской язвы регрессировали, однако струп карбункула имел серозное выпотевание.

Проведена интенсивная этиопатогенетическая терапия в условиях ОРИТ (гепарин, СЗП, альбумин, антибиотики, контрикал, трентал и другие средства).

09.12.2014 года выписан с клиническим выздоровлением (72 койко-дней). Таким образом, наличие у пациента ВИЧ-инфекции, хронического гепатита С, вторичного иммунодефицита привело к развитию редкой эдематозной кожной формы сибирской язвы, осложненной тромбозом вен.

Куттыкужанова Г.Г., Нуржанов Х.Н., Сагымбаева А. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

г. Алматы, Республика Казахстан

Цитомегаловирусная инфекция (ЦМВИ) сохраняет свою актуальность в силу частой распространенности, тяжелых поражений, наносимых как во внутриутробном так и постнатальном периоде, а также несмотря на наличие современных диагностических возможностей, в ряде случаев мы сталкиваемся с диагностическими трудностями.

Цель работы: сопоставление клинического диагноза с морфологическим подтверждением.

Подвергнуты анализу 27 случаев (за период 2013-2014

г.), закончившихся летальным исходом (в ДИКБ г. Алматы). Во всех случаях заключительным клиническим диагнозом была ЦМВИ. Верификация диагноза проводилась серологическим методом (ИФА) и ПЦР. Возраст детей был от 3 дней до 4,5 месяцев. Мальчиков было 11, девочек – 16.

Из 27 случаев у 21 прижизненно поставленный диагноз ЦМВИ подтвердился морфологически. У них у всех (21) отмечалась тяжелая картина поражения органов, преимущественно легких, центральной нервной системы, печени и других систем. У 14 погибших была генерализованная форма инфекции с полиорганностью поражения. У 2 детей – фетальный гепатит с исходом в билиарный цирроз печени. У остальных поражения головного мозга, у 2 с тяжелым пороком сердца. К сожалению не у всех детей прижизненно было проведено комплексное диагностическое исследование (ИФА+ПЦР). Оно было лишь у 8 пациентов, где на ИФА выявлены а/CMV Ig M (+), а/CMV Ig G(+), ПЦР – CMV (+). 9 новорожденным исследовали только ИФА с положительным а/CMV Ig M ответом, ПЦР не успели сделать. У 3 умерших на ИФА а/CMV Ig M (+), при отрицательном ответе ПЦР исследования. Еще 1 больному из 21 на ИФА получен а/CMV IgM(-), а/CMV IgG(+) результат без ПЦР исследования, который пошел на секцию с предположительным диагнозом ЦМВИ. У 6 младенцев из 27, направленных на секцию с диагнозом ЦМВИ, последний не подтвердился. 3 погибли из-за генерализованной инфекции, обусловленной вирусом простого герпеса, у 2 был сепсис и 1 умер из-за порока сердца несовместимого с жизнью. Всем 6 детям проводилось лишь в диагностическом плане ИФА исследование.

Таким образом, диагноз ЦМВИ неправомочен без комплексного лабораторного обследования, которое должно включать ИФА и ПЦР методы.

Жыраубаев К.К., Иванова Р.С.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗМЕНЕНИЯ СТАНДАРТНОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ СЛУЧАЕВ КОНГО КРЫМСКОЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ И ВЛИЯНИЯ НА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР

г. Алматы, Республика Казахстан

Казахстан относится к территории региона Центральной Азии с природными очагами Конго Крымской геморрагической лихорадки (ККГЛ). Приуроченность природных очагов ККГЛ к определенным ландшафтам способствовала образованию активных очагов в Южно-Казахстанской, Кызылординской и Жамбылской областей и регистрации случаев заболеваний этой инфекцией среди населения, проживающего на этих территориях.

В 2006 году в Казахстане внедрено стандартное определение случаев ККГЛ, которое позволило систематизировать диагностику заболеваний и учет больных на неблагополучных территориях. В 2010 году сначала в Южно-Казахстанской области, затем, в последующие годы, в Кызылординской и Жамбылской областях принято решение внести изменение в стандартное определение случая, разрешающее медицинским работникам на неблагополучных территориях ставить предположительный диагноз ККГЛ в предгеморрагическом периоде заболевания. Диагнозы ставились при укусах клещей или

контакте с клещом и наличии клинических признаков, характерных для ККГЛ, такие как повышение температуры тела и другие симптомы интоксикации, проживание или нахождение на неблагополучных территориях. Это дало возможность расширить активный поиск больных и улучшить систему эпиднадзора за этой инфекцией.

Разработан мониторинг за эпизоотической и эпидемической ситуациями при ККГЛ, позволяющий осуществлять еженедельное слежение за поступлением лиц с укусами и госпитализированными в инфекционные стационары с предположительными диагнозами. Регистрация больных у таких лиц увеличилась с 19 до 42-х случаев.

Систематизирована лабораторная диагностика ККГЛ и осуществлена работа по соблюдению алгоритма обследования больных с предположительными и вероятными диагнозами методами ПЦР, определения IgM, IgG и антител в соответствии со сроком заболевания.

Уменьшился риск заражения контактных лиц, т.к. больные в предгеморрагическом периоде госпитализировались в инфекционные стационары и, соответственно, уменьшилась вероятность внутрибольничного заражения. С 2010 года в республике не зарегистрированы случаи внутрибольничного заражения.

Ранняя госпитализация больных в инфекционный стационар дала возможность своевременно начинать лечение рибавирином.

Внедрены исследования клещей на предмет выявления антител к вирусу ККГЛ. Систематизирован сбор клещей в неблагополучных населенных пунктах, а также на вероятных территориях укуса клещей.

Проводились семинары с медицинскими работниками, особенно низовых структур лечебных учреждений и санитарно-просветительная работа среди населения.

В результате изменения стандартного определения случая ККГЛ улучшилось качество эпидемиологического надзора, который стал более чувствительным, так как при этом определялся круг лиц, дающий возможность своевременно провести противоэпидемические мероприятия, а также обеспечить лабораторное обследование больных в соответствии с алгоритмом и повысить достоверность учета случаев.

Макина Н.П., Хоперскова А.П., Жулябина О.А., Кузнецова С.А., Чеботарева Т.А.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА ПРЕПАРАТА ВИФЕРОН® СУППОЗИТОРИИ ДЛЯ ИММУНОРЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ИСХОДОМ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОУКЛЕОЗА

Москва, Россия

Уровень инфицированности детского населения герпесвирусами, этиологически значимыми при развитии инфекционного мононуклеоза (ИМ) в мире очень высок и составляет по оценкам разных авторов от 50 до 80 %. При этом неблагоприятный исход в виде хронически активной и хронически персистирующей латентной инфекции, проявляющейся в виде синдрома «ЧБД» и активации хронических ЛОР-заболеваний встречается, по данным литературы в 25 % случаев после перенесенного острого заболевания. Выраженный дисбаланс иммунной системы, формирующий вторичную иммунную недо-

статочность на фоне персистенции вирусов, затрагивает все звенья иммунного ответа и длительно сохраняется в организме. Так особенностями иммунного ответа при перенесенном инфекционном мононуклеозе в виде смещения его в сторону Th-2-типа, снижение клеток цитотоксичности (уменьшение активных CD8 DR+ клеток), нарушения в системе интерферона (снижение синтеза гамма – глобулинов) обуславливают актуальность применения препаратов с противовирусными и иммунокорректирующими эффектами.

Цель работы. Патогенетическое обоснование включения препарата альфа-2b интерферона в комплексную программу иммунореабилитации детей с неблагоприятными исходами инфекционного мононуклеоза.

В исследование включено 100 детей от 1 года до 18 лет, перенесших инфекционный мононуклеоз. Неблагоприятный исход заболевания отмечался у 60 пациентов (60%). Клинический мониторинг и исследование иммунитета проводилось в остром периоде ИМ и в динамике – через 18-24 месяца после перенесенного острого заболевания. Состояние процессов иммунной регуляции определялось методом клеточного биочипа. В качестве препарата с противовирусным и иммунокорректирующим эффектом для иммунореабилитации выбран препарат ВИФЕРОН®, суппозитории ректальные, представляющий собой рекомбинантный интерферон альфа 2b в комплексе с антиоксидантами. Введенные в ВИФЕРОН токоферол ацетат и аскорбиновая кислота усиливают его противовирусную активность более чем в несколько раз и усиливают действие интерферона на Т- и В клетки.

Результаты. В остром периоде заболевания регистрируется значимое увеличение доли CD8+ лимфоцитов от мононуклеарных клеток – 45 [30-61]% по сравнению с 30 [23-35]% в норме и снижение доли В-лимфоцитов – 12 [3-16]% по сравнению с 11 [7-14]% в норме. У части детей в дальнейшем происходит инверсия указанных изменений, коррелирующая с благоприятным исходом заболевания. Затяжное течение инфекционного мононуклеоза взаимосвязано с достоверно более низким процентом активации CD8+ лимфоцитов и превращением части из них в атипичные мононуклеары. Формирование неблагоприятного исхода заболевания сопровождается стойкой иммунной недостаточностью в виде нарушений в клеточном звене и в системе интерферона, что является патогенетическим обоснованием использования виферонореабилитации.

Выводы. При неблагоприятных исходах инфекционного мононуклеоза формируется выраженный иммунный дисбаланс, требующий проведения реабилитационных мероприятий с применением заместительных интерферонсодержащих препаратов, обладающих корректирующими эффектами в отношении, как системы эндогенного интерферона, так и параметров системного иммунитета.

Максимова Г.С., Амиров С.А., Кусаинова А.Ж.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИСТЕРИОЗА В ГОРОДЕ АЛМАТЫ

г. Алматы, Республика Казахстан

Среди жителей г. Алматы участились случаи листериоза, поэтому интерес к этой инфекции возрастает с каждым днем.

В 2003-2010 гг. в городе Алматы ежегодно регистрировались от 22 до 211 случаев листериоза, всего зарегистрировано 775 случаев, в том числе детей до 15 лет – 588 случаев. Среди заболевших удельный вес взрослых составил 24,2%, детей до 15 лет – 75,8 %, т.е. заболеваемость детей была в 3 раза выше, чем у взрослых. Самая высокая заболеваемость листериозом детей и взрослых зарегистрирована в 2004 году, показатель на 100 тысяч населения составил 60,5 и 17,6 соответственно, т.е. показатель заболеваемости детей в 3,5 раза превышал аналогичный показатель взрослых. При анализе многолетней динамики заболеваемости было выявлено ее снижение как у детей так и взрослых. Случаи заболевания листериозом учитывали при серологическом и бактериологическом подтверждении. Бактериологическим методом было обследовано 3450 больных, из них у 186 (5,39%) больных выделена культура *L. monocytogenes*. Серологическим методом (РПГА) было обследовано 16463 больных, у 304 (1,84%) титр антител составил 1:100. Среди обследованных 13645 беременных женщин выявлено 104 (0,76%) положительно реагирующих на листериоз. При обследовании 555 подозрительных больных и умерших у 13 умерших детей (2,3%) была выделена культура *L. monocytogenes*. При серологическом исследовании титр антител умерших составил 1:200-1:3200.

Дератизационная работа в Алматы проводилась на фоне исходной суммарной численности крыс и мышей в среднем 6,9% попадаемости в ловушки. Грызуны были инфицированы следующими зоонозами: листериозом 24,5%, иерсиниозом 3,9%, лептоспирозом 1,6%, сальмонеллезом 3,5%, токсоплазмозом 1,6%, пастереллезом 4,9%. Средний показатель зараженности грызунов составил 5,4%, с положительными антителами - 20,4%. Родентицидная эффективность составила 89,6%. Проведенная сплошная дератизация привела к уменьшению численности грызунов и снижению заболеваемости населения вышеуказанными инфекциями, включая и листериоз.

В этот период также проводили исследования продуктов питания, которые были отобраны с объектов общественного питания. Бактериологическое исследование показало инфицированность продуктов культурой *L. monocytogenes*. Обследовано 5719 проб продуктов питания, выделили 7 (0,12%) культур, из них 2 обнаружены в овощном салате (28,6%), 5 – в картофеле, моркови, свежих помидорах, мясе и брынзе. При исследовании 4874 проб объектов внешней среды и 77 грызунов положительные результаты не выявлены. В этот период также проводили лабораторное исследование продуктов питания и внешней среды, взятых из очагов листериоза. Лабораторные анализы показали, что чаще всего фактором заражения являлся картофель (45,5%), затем репчатый лук (18,1%), а свекла, свежие огурцы, мясо и творог как фактор передачи листериоза представляли наименьшую значимость (36,4%). При исследовании внешней среды положительные результаты не выявлены.

Для повышения специфичности и чувствительности системы эпидемиологического надзора нами разработано стандартное определение случая листериоза. Применение стандартного определения случая обеспечило единообразие и простоту реализации в практической работе. В результате достигнута воспроизводимость и достоверность диагностики листериоза, как неотъемлемой части доказательной медицины; также отмечается стабильность системы регистрации листериоза.

Мамыкова Х.У., Утепбергенова Г.А., Шаймерденова Б.Е.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЭХИНОКОККОЗОМ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ РК

г. Шымкент, Республика Казахстан

Анализ заболеваемости населения Южно-Казахстанской области эхинококкозом за 2009 г по 2013г показал, что 93,38% зарегистрированных заболеваний биогельминтозами на территории области приходится на долю эхинококкоза. По области за 5 лет зарегистрировано 1519 случаев заболеваний эхинококкозом, показатель на 100 тыс. населения в среднем составил 11,64. Удельный вес детей до 14 лет в структуре заболеваемости составляет 23,3 %, показатель составил 8,48 на 100 тыс. детского населения. Пик заболеваемости отмечен в 2010 году 348 случаев, детей до 14 лет - 88, показатель на 100 тыс. населения составило соответственно 13,61 и 10,76. Заболеваемость эхинококкоза по районам области распространена повсеместно, но чаще встречается в районах, где развито животноводство. Эхинококкоз в сельской местности встречается в 62,32%, среди городского населения в 37,68% случаев. Заболеваемость эхинококкозом зарегистрирована среди женщин в 52,1%, мужчин в 47,9%. В ходе анализа возрастной структуры заболеваемости выявлено, что наиболее поражаемый возраст при эхинококкозе приходится на 20-29 лет 355 случаев и дети до 14 лет 354 случаев, что составляет 23,3%, затем в возрасте от 15 до 19 лет 226 случаев (14,8%) от общего числа заболевших. По анализу заболеваемости по профессиональному составу в 29,3% случаях заболеваемость формируется за счет лиц без определенного рода занятий, затем прочие население 24,7% и дети до 14 лет, что составляют 23,3%. По локализации эхинококкового пузыря в печени 73,5 %, в легких - 21,6%, в других органах 4,8 %, что связано с географическими и климатическими особенностями южного региона. Диагностика эхинококкоза осуществлялась на основании клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования, обнаружением эхинококкового цепня – *Echinococcus granulosus*. По области среди переболевших эхинококкозом летальных исходов, инвалидности не зарегистрировано. Среди оперированных больных в среднем встречаются единичные рецидивы в год. С целью ранней диагностики и снижения заболеваемости эхинококкоза проводились серологические обследования крови путем постановки РПГА контингентом риска и контактных. Так, за 5 лет исследовано 11740 человек из них с положительными титрами – 884, что составляет 7,5 % серопозитивных лиц. С октября 2013 года на базе вирусологической лаборатории проводятся иммунологические исследования на эхинококкоз методом ИФА. Всего за 2013 год методом ИФА обследовано 1565 лиц, из них с серопозитивным результатом- 326 (20,8%). Все лица с серопозитивными результатами взяты на «Д» учет и находятся под наблюдением хирурга по месту жительства. Для выявления источника инвазии и факторов передачи в очагах эхинококкоза проводятся санитарно-гельминтологические исследования, так за 2013год отобраны пробы воды – 435, овощей, фруктов – 685, почвы – 1221, смывы - 3059 проб, пыли-336 проб, обнаружены 3 онкосферы эхинококкоза в почве, остальные с отрицательным результатом. Важным пунктом является борьба с бродячими собаками. Во всех районах, городах области созданы бригады по отлову бродячих животных, ими уничтожено

за 5 лет 332517 собак, 17610 кошек, 30 волков, 15 лисиц. По области при забое скота проводятся обследование туш животных на эхинококкоз, так за 2013 год обследовано 78037 туш, из них с эхинококкозом обнаружено 3850, что составляет 4,9 % пораженности среди сельскохозяйственных животных. За последние годы по области увеличивается дегельминтизация собак, так по сведениям ветслужбы области в 2009 году дегельминтизировано 135500 собак, а в 2013 году оно достигло до 207600, т.е. увеличено в 1,5 раза.

Таким образом, для снижения заболеваемости людей цистным эхинококкозом с Южно-Казахстанской области проводятся комплексные медико-ветеринарные мероприятия: дегельминтизация собак, скрининговые обследования промежуточных и окончательных хозяев методом ИФА, санитарно-просветительная работа среди населения, регулируется численность бродячих собак.

Матрос О.И., Гранитов В.М., Никулина М.А.
Сульдум С.Ч., Пушкарева А.Н.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А У ВЗРОСЛЫХ В АЛТАЙСКОМ КРАЕ

г. Барнаул, Россия

После снижения показателей заболеваемости вирусного гепатита А (ВГА) с 79,5 на 100 тыс. населения в 2001 г. до 4,3 – в 2011 г. с 2012 г. в РФ вновь отмечен подъем заболеваемости на 27% (среди детей – на 30%), что значительно выше, чем во многих странах Европы и США. В 2013 г. заболеваемость ВГА в РФ продолжала увеличиваться и составила 5,78, в 2014 г. – 7,27 на 100 тыс. В Алтайском крае наблюдается аналогичная ситуация с увеличением показателей в 2 раза (6,3 на 100 тыс. населения в 2013 г. в сравнении с 2012 г. – 2,7 на 100 тыс.).

Цель нашего исследования: изучить особенности клинической картины ВГА у взрослых на примере больных, госпитализированных в инфекционное отделение городской больницы №5 г. Барнаула в 2013-2014 гг. Под наблюдением находилось 119 пациентов с ВГА, из них 51% мужчин, средний возраст составил 34,7±1,3 лет, при этом 1/3 больных старше 40 лет. Всем проводились общеклинические, биохимические исследования, УЗИ органов брюшной полости и обследование на маркеры вирусных гепатитов А, В и С (методом ИФА): анти HAVIgM, HbsAg, HbeAg, антиHbc IgM и IgG, антиHCV (core, NS 2-5), РНК HCV и ДНК HBV. Диагноз был подтвержден у всех пациентов обнаружением антител класса IgM к вирусу гепатита А.

В клинике преобладали среднетяжелые формы болезни (67,2%), у большинства больных преджелтушный период характеризовался классическим течением (острое начало болезни с гриппоподобным синдромом в сочетании с диспепсическим), продолжительностью до 2 недель. В желтушный период у 22,7% больных имели место кожный зуд, у 53,7% – боли в области печени, у 4,2% – высыпания на коже различного характера. У 15,1% больных ВГА протекал с холестатическим компонентом, в основном у лиц имеющим сопутствующую патологию (цирроз печени, НЖБП, калькулезный холецистит, сахарный диабет и др.). Биохимические изменения крови у взрослых с ВГА характеризовались выраженным цито-

литическим синдромом (при поступлении АЛАТ составила $2450,28 \pm 237,84$ Ед/л, АсАТ – $1547,42 \pm 173,23$ Ед/л) с сохранением гиперферментемии при выписке у 84% пациентов (АЛАТ до $194,59 \pm 37,99$ Ед/л, АсАТ до $93,09 \pm 15,4$ Ед/л). В гемограмме при выписке у 12,6% пациентов отмечен лейкоцитоз, тромбоцитопения – у 6,7%, повышение СОЭ до 67 мм/ч у 64,7%, что свидетельствует о выраженной воспалительной реакции. В данной группе больных особый интерес представляли пациенты с микст-патологией (26,9%): ВИЧ-инфекцией, алкогольной болезнью печени (АБП), хроническими гепатитами В и С. Клинико-лабораторные особенности ВГА в сочетании с ВИЧ-инфекцией сопровождались выраженным интоксикационным синдромом в преджелтушный период, болями в области печени, биохимические показатели не имели существенных отличий от основной группы. У больных с ВГА+АБП преобладали диспепсические симптомы и значительно выраженный холестатический синдром (повышение ЩФ до 665 Ед/л ГГТП до 263 Ед/л). ВГА в сочетании с хроническими гепатитами протекал преимущественно в среднетяжелой форме с длительным сохранением цитолитического и холестатического синдрома.

Таким образом, в последние годы наблюдается подъем заболеваемости ВГА, увеличением среди заболевших старших возрастных групп, с преобладанием среднетяжелых форм болезни (67,2%), частым сочетанием с хроническими гепатитами В и С, ВИЧ-инфекцией, хронической алкогольной интоксикацией, наличием выраженного цитолитического и холестатического синдрома.

Маукаева С.Б., Смаил Е.М.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ПРЕПОДАВАНИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

г. Семей, Республика Казахстан

В государственном медицинском университете г. Семей активно внедряются инновационные технологии в образовательный процесс в соответствии со стратегическим планом университета. На дисциплине инфекционные болезни внедряются наиболее оптимальные технологии обучения и оценки: случай ориентированное обучение (СВЛ), командно ориентированное обучение (ТВЛ), вертикальная и горизонтальная интеграция, интегрированные симпозиумы, мини клинический экзамен, симуляции.

Цель: оценить качество преподавания инфекционных болезней.

Проведено анкетирование 100 студентов 4 курса факультета «Общая медицина».

Результаты анкетирования выявили, что 100% опрошенных удовлетворены качеством проведения практических занятий. Студенты оценили качество проведения практических занятий по 100 балльной системе следующим образом: «100» – 15%, «90» – 65%, «80» – 15%, «70» – 5%. На вопрос «Какие инновационные технологии развивают профессиональные компетенции» респонденты ответили: СВЛ – 46%, ТВЛ – 20%, интегрированные занятия – 15%, мини-клинический экзамен – 10%, симпозиумы – 5%, симуляции – 4%. Почти всех опрошенных (90%) удовлетворяют качество освоения практических навыков, 6% ответили отрицательно, 4% – затруднились от-

ветить. Оценка качества освоения практических навыков распределилась следующим образом: «100» – 15%, «90» – 46%, «80» – 12%, «70» – 9%, 18% респондентов ничего не ответили. Обучение на дисциплине инфекционные болезни помогает развивать следующие компетенции: теоретические знания – 94%, практические навыки – 96%, навыки научного исследования – 19%, клиническое мышление – 79%, навыки работы в команде – 51%, лидерство – 21%, коммуникативные навыки – 55%, затруднились ответить – 2%. Эффективность преподавания по 100 балльной системе интерны оценили: «100» – 39%, «90» – 36%, «80» – 14%, «70» – 11%.

Выводы: Большинство студентов удовлетворены качеством проведения практических занятий на дисциплине инфекционные болезни, что отражается на оценке по 100 балльной шкале. На занятиях применяются инновации: СВЛ, ТВЛ, мини-клинический экзамен, интеграция, интегрированные симпозиумы, симуляции. Всех опрошенных удовлетворяет качество освоения практических навыков. Студенты приобретают такие компетенции, как теоретические знания, практические навыки, клиническое мышление, навыки работы в команде, коммуникативные навыки.

Муковозова Л.А., Чегедекков Б.С., Алимбекова А.Л., Смаил Е.М.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И ПОСТВАКЦИНАЛЬНЫЙ ИММУНИТЕТ ПРИ КОРИ В Г. СЕМЕЙ

г. Семей, Республика Казахстан

Цель работы – выяснить динамику заболеваемости корью за период с 1975 по 2014 гг. и состояние поствакцинального противокорьевого иммунитета в г. Семей.

Проведен ретроспективный анализ заболеваемости корью в г. Семей по данным департамента Управления санэпиднадзора по г. Семей с 1975 по 2014 гг. Для оценки поствакцинального противокорьевого иммунитета было обследовано 4551 человек. Уровень коллективного иммунитета против кори исследовали среди детей, подростков и взрослых в возрастных группах 7-10 лет, 17-18 лет и 21-25 лет в организованных коллективах методом случайной выборки. Противокорьевые антитела определяли методом иммуноферментного анализа (ИФА) тест-системами ВектоКорь- Ig G (АО «Вектор-Бест», Россия).

Исследования проведены в рамках выполнения Постановления главного государственного санитарного врача МЗ РК №5 от 21.04.2014 г. «О проведении санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по отдельным инфекционным заболеваниям против которых проводятся профилактические прививки» в г.Семей в период с 1 мая по 30 сентября 2014 г.

Анализ заболеваемости корью показал, что за весь период наблюдения (40 лет) было зарегистрировано 8237 случаев кори, причем наибольшее число случаев (73%) приходилось на период с 1975 по 1994 гг. когда корь регистрировалась ежегодно (кроме 1991 года), относительный показатель колебался от 0,11 (в 1992 г.) до 307,8 (в 1984 г.). В последующие двадцать лет (с 1995 г. по 2014 г.) корь регистрировалась лишь в 1996 г. (1 случай), в 2005 г. (2205 случаев) и 2014 г. (4 случая).

Результаты исследования поствакцинального противокорьевого иммунитета показали, что доля серонегатив-

тивных лиц из общего числа обследованных составила 8,7%. Анализ возрастной структуры поствакцинального противокорревого иммунитета позволил установить, что серонегативные результаты чаще (20,4%) определялись среди детей в возрасте от 7 до 10 лет, вакцинированных против кори моновакциной российского и индийского производства, а с 2006 г. – комбинированной вакциной «Корь-краснуха-паротит» (ККП). Несколько реже (в 1,6 раза) серонегативные результаты наблюдались в возрастной группе 21-25 лет (12,5%), вакцинированных и ревакцинированных моновакциной российского производства, причем часть лиц получала дополнительную иммунизацию в 2005 г. вакциной против кори и краснухи индийского производства. Наиболее низкий процент (2,4) серонегативных выявлен в возрастной группе 17-18 лет, которые были вакцинированы моновакциной против кори российского производства.

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют о необходимости проведения иммунологического мониторинга поствакцинального противокорревого иммунитета в различных возрастных группах с последующим проведением профилактических мероприятий.

Мырзабекова А.А.

СОВРЕМЕННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭПИЗООТИЧЕСКОЙ И ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО БРУЦЕЛЛЕЗУ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

г. Алматы, Республика Казахстан

Проблема бруцеллеза за последние 20 лет остается самой актуальной. Казахстан по уровню заболеваемости бруцеллезом занимает одно из первых мест в Центральной Азии. В связи со сложной эпидемиологической и эпизоотологической ситуацией по бруцеллезу в республике были разработан и издан ряд нормативных правовых документов, и приказов. Проведена модернизация лабораторий центров санэпидэкспертизы, приобретено современное высокоэффективное оборудование, что позволило обеспечить внедрение новых методов диагностики инфекционных заболеваний (ПЦР, ИФА, секвенирования). Следует отметить, что за последние годы по организации надзора за бруцеллезом создана необходимая нормативно-правовая база (Постановлении Правительства и др.) На всех уровнях санитарно-эпидемиологической службы проводится мониторинг эпидемиологической и эпизоотологической ситуации, данные которого используются для принятия управленческих решений и для реализации дополнительных профилактических и противоэпидемических мер. Развивается информационное обеспечение службы. Специалисты активно участвуют во внедрении Единой информационной системы здравоохранения СМСЭС, частью которой является мониторинг санэпидситуации. Важным моментом СМСЭС, является то, что база данных будет формироваться, начиная с районного уровня, обеспечивать необходимыми правовыми рычагами управление противобруцеллезными мероприятиями. Проводимая работа совместно с Министерством сельского хозяйства РК в последние годы позволяет значительно снизить заболеваемость людей бруцеллезом.

Уровень заболеваемости людей бруцеллезом в целом

по республике в 2014 году составил 8,5 на 100 тысяч населения, по сравнению с 2004 годом отмечено его снижение почти в 3 раза (показатель заболеваемости на 100 тыс. населения 2014 году – 23,7, 2004 г. – 8,5).

В течении последних 3 лет в республике не регистрировались случаи групповых заболеваний людей бруцеллезом, а в 2004 году групповые заболевания были зарегистрированы в 120 населенных пунктах, где заболели более тысячи человек.

Привлечение детей к уходу за скотом привело к тому, что удельный вес лиц до 14 лет составил 10,3% от общего числа зарегистрированных больных. Источником инфекции при всех заболеваниях послужили больные животные, преимущественно мелкий рогатый скот (66,2%).

Эпизоотологическая обстановка остается неблагополучной, ежегодно выявляется более ста неблагополучных по бруцеллезу пунктов мелкого и крупного скота, из них оздоравливается не более 45%. В областях имеют место факты неконтролируемой миграции и свободной реализации животных, ввоз их в хозяйства без обследования и разрешения ветслужбы. В республике недостаточно ветсанобъектов (убойные пункты, скотомогильники, рынки), которые в большинстве не отвечают санитарно-ветеринарным требованиям.

Заключение: В Республике Казахстан имеются множественные факторы, влияющие на уровень заболеваемости, которые требуют дополнительных мер в борьбе с этой инфекцией.

Набенов К.Н., Куанов Т.О., Жуматаев Д.Т.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

г. Алматы, Республика Казахстан

Основное значение в борьбе с инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи (ИСМП), имеет их профилактика, которая должна включать в себя целый комплекс мер, в том числе административного характера.

Цель эпизоотологического надзора заключается в мониторинге эпидемиологической ситуации в лечебно-профилактическом учреждении, разработке системы мер борьбы и профилактики ИСМП с оценкой проводимых мероприятий.

В современных условиях наиболее перспективной группой соединений для обеззараживания изделий медицинского назначения и других объектов в лечебно-профилактических учреждениях следует считать четвертично-аммониевые соединения (ЧАС). Эти средства обладают высокой бактерицидной активностью, а также моющими свойствами, что позволяет объединять в один этап дезинфекцию с уборкой помещения или дезинфекцию и предстерилизационную очистку.

Для обеззараживания воздуха рекомендуется использовать современные экранированные беззонные УФ-облучатели-рециркуляторы, принцип действия которых основан на принудительном прокачивании воздуха через аппарат, в котором размещены УФ-лампы. При этом возможно применение рециркуляторов без ограничения времени их функционирования и в присутствии людей.

Огромное значение имеет качество проводимых теку-

ших и генеральных уборок палат. Согласно проведённым исследованиям, вероятность заражения внутрибольничными инфекциями обусловленными метициллин-устойчивым золотистым стафилококком и ванкомицин-устойчивым энтерококком у новых больных, поступавших в палаты отделения реанимации и блоков интенсивной терапии, из которых были выписаны инфицированные пациенты, выросла на 40%.

Особое значение имеет разработка паровых и воздушных стерилизаторов нового поколения (автоматический способ управления, наличие блокировок процесса, средств световой и цифровой индикации). Созданы и внедрены в практику гласпергеновый стерилизатор для мелких инструментов с использованием в качестве стерилизующей среды нагретых стеклянных шариков, озоновый и плазменный стерилизаторы.

В основу мер профилактики ИСМП относятся гигиенические мероприятия. От их полноты и качества в значительной мере зависит успех лечения больных. Из главных условий профилактики распространения инфекций считают обычное мытьё рук с мылом, которое приводит к удалению с поверхности кожи практически всех транзитных грамотрицательных бактерий.

Сходные данные получены в отношении использования спиртосодержащих антисептиков, которые могут быть альтернативой мытью рук водой с моющими средствами. В большинстве случаев (более 60%) врачей и медицинских сестёр не обрабатывают руки после каждого контакта с пациентом.

Реализация принципов госпитальной гигиены включает в себя строгое выполнение обязательных санитарных норм размещения функциональных помещений, пациентов в палатных секциях; оптимизация разграничения «чистых» и «грязных» функциональных потоков движения персонала, больных, белья, отходов и пр.; организация эпидемиологически безопасной системы обращения с медицинскими отходами; использование современных архитектурно-планировочных решений при строительстве и реконструкции зданий и корпусов лечебных учреждений.

Нажмеденова А.Г., Куатбаева А.М., Кусаинова А.Ж.

ВНЕДРЕНИЕ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ ПРОТИВ ВПЧ-ИНФЕКЦИИ В КАЗАХСТАНЕ

г. Алматы, Республика Казахстан

В Казахстане по данным онкологической службы рак шейки матки (РШМ) ежегодно выявляется у более, чем 1353 женщин, 600 из них ежегодно умирают от этого страшного заболевания и, к сожалению, 30% из них составляют женщины репродуктивного возраста. По показателям заболеваемости и смертности от РШМ среди 53 стран Европейского региона РК занимает незавидное 49-е место. При этом 27,3% больных РШМ выявлялись в запущенной (III-IV стадии) форме болезни.

В Республике Казахстан Комитетом по контролю медицинской и фармацевтической деятельности МЗ РК в 2007-2009 гг. были зарегистрированы две вакцины «Гардасил» и «Церварикс», которые прошли все фазы клинических исследований и были выпущены в рынок для реализации. Мы изучили и дали сравнительную оценку эффективности вакцин «Гардасил» и «Церварикс» на

четвертой фазе – на постмаркетинговой или пострегистрационной фазе, после выхода вакцинных препаратов на рынок нашей республики. Дизайн исследований – когортное проспективное исследование. Когорта – студентки 1-го, 2-го и 3-го курсов Казахского национального медицинского университета. После получения письменного согласия каждая студентка была осмотрена гинекологом – онкологом, которая разрешала допуск к вакцинации против ВПЧ-инфекции. 100 студенток КазНМУ были привиты «Цервариксом» и 100 студенток – «Гардасилом». У 29 студенток при гинекологическом осмотре были взяты мазки из цервикального канала на цитологические исследования (на наличие раковых клеток) и на ПЦР для обнаружения вируса папилломы человека. У всех студенток результаты цитологического исследования и ПЦР оказались отрицательными на наличие ВПЧ. При контролируемом клиническом наблюдении за привитыми студентками (n=200) против ВПЧ-инфекции вакцинами «Гардасил» и «Церварикс» было установлено, что суммарная легкая и средняя степень поствакцинальных реакций на обе вакцины была одинаковой (35,4 и 35,1%). У привитых лиц выраженной степени поствакцинальные реакции не отмечались.

В государственной программе развития онкологической помощи в Республике Казахстан на 2012-2016 годы впервые среди стран постсоветского пространства предусмотрена вакцинация девочек-подростков против ВПЧ-инфекции, что открывает реальную возможность защиты когорты молодых девушек от этой коварной болезни. Результаты наших научно-исследовательских работ были использованы для обоснования и внедрения вакцинации девочек-подростков, молодых девушек и женщин и они явились начальным этапом для рассмотрения включения вакцинации против ВПЧ-инфекции в Национальный календарь профилактических прививок Республики Казахстан. При поддержке Правительства РК с октября 2013 года в республике началось поэтапное по регионам внедрение массовой вакцинации против ВПЧ-инфекции учениц 6 класса всех школы, что соответствует 11-12-летнему возрасту. Вакцинация девочек-подростков начата по приказу № 709 от 22.10.2012 г. «О внедрении вакцинации против вируса папилломы человека среди девочек-подростков младшего возраста в Республике Казахстан в 2013 году» в пилотных районах – в Атырауской и Павлодарской областях и городах Астана и Алматы и далее ежегодно внедряется в другие регионы. Разработан и внедрен в практику здравоохранения электронный регистр результатов вакцинации против ВПЧ-инфекции. В настоящий момент внедрение массовой вакцинации девочек-подростков республики и мониторинг за вакцинацией осуществляется по приказу № 644 МЗ РК от 05.11.2013 г. «О внедрении электронной базы данных регистр привитых против вируса папилломы человека». Результаты научно-исследовательских работ являются актуальными для практического здравоохранения республики.

Нажмеденова А.Г., Куатбаева А.М., Сыздыкова М.Б.

ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО КОРИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

г. Алматы, Республика Казахстан

В Европейском регионе Всемирной организации здравоохранения принята цель элиминации кори и краснухи к 2015 году.

Министерство здравоохранения Республики Казахстан, поддерживая инициативу ВОЗ, приказом №450 от 29.06.2012 г. «Об утверждении плана мероприятий по элиминации кори, краснухи и профилактике синдрома врожденной краснухи в Республике Казахстан на 2012-2015 годы» осуществляет элиминацию этих инфекций.

Нами проанализирована эпидемическая ситуация по кори в РК за 1990-2014 гг. В республике с 1990 по 2002 годы наблюдались вспышки кори слабой интенсивности, когда показатели заболеваемости на 100 тысяч населения на пике достигали 12,4-19,5. В 2005 году была зарегистрирована эпидемия кори с показателем на пике 105,7 на 100 тысяч населения. В этот период корью переболели, в основном, молодые люди и дети. Показатель заболеваемости детей до 14 лет в этом году достиг 115,2 на 100 тысяч. В мегаполисах Алматы и Астана показатель заболеваемости населения корью в 2005 году достиг 257,3 и 315,1 на 100 тысяч населения соответственно. В этот период приказом МЗ РК была проведена массовая вакцинация населения против кори и краснухи и были привиты около 1,5 миллиона населения. С этого периода начиная, и до настоящего времени, заболеваемость населения республики корью снизилась до 0,05-1,33 на 100 тысяч населения.

Несмотря на значительный прогресс в достижении цели элиминации, благодаря широкому использованию вакцин, содержащих коревой и краснушный компоненты, в Европейском регионе продолжают наблюдаться вспышки кори и краснухи. В последние годы и в РК стали регистрироваться незначительные вспышки кори среди населения. В 2013 году по республике у 73 лиц была диагностирована корь, в большей степени болели корью в Костанайской (22) и Южно-Казахстанской (23) областях. В 2014 году число заболевших корью в республике достигло 321 лица, и случаи кори были зарегистрированы во всех областях страны, кроме Акмолинской области. В частности, в Алматы корью переболели 51 человек, в Астане – 50, в Восточно-Казахстанской области – 50, в Южно-Казахстанской области – 47 и т.д. В целом по республике показатель заболеваемости на 100 тысяч населения в 2014 году составил 1,33, а в Алматы и Астане – 3,4 и 6,3 соответственно.

Плановая вакцинация детей против кори и краснухи в нашей республике проводится согласно Национального календаря прививок – в 12-15 месяцев с ревакцинацией в 6 лет. Процент охвата прививками детей страны вакцинацией против кори желательно довести до рекомендуемых ВОЗ 95-98%. Однако в последние годы активизировался антивакцинальный настрой населения. Эта проблема связана с усилением информации в средствах массовой информации от некомпетентных лиц по вопросам иммунопрофилактики инфекционных болезней. Таким образом, эти нежелательные явления оказывают влияние на процент охвата населения профилактическими прививками против инфекций и, в частности, на достижение

охват населения республики вакцинацией против кори и достижения намеченной цели – элиминации кори в Республике Казахстан в ближайшие годы.

Нартайлаков М.А., Лукманов М.И., Ибадильдин А.С., Пантелеев В.С., Лукманова Г.И., Мухаметжанов Г.К.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПРИРОДЫ РЕЦИДИВОВ ЭХИНОКОККОЗА

г. Алматы, Республика Казахстан

Несмотря на достижение значительных успехов в хирургическом лечении цистного эхинококкоза печени, остается проблемой высокая частота рецидивов заболевания (по данным ряда авторов от 8 до 36%). В организме человека по природе происхождения могут развиваться метастатические (благодаря способности к миграции протосколексов), имплантационные (при диссеминации зародышевых элементов во время операции), реинвазивные (возникающие при повторном заражении), резидуальные (из-за неравномерного развития кист при сочетании и множественном эхинококкозе) рецидивные кисты.

Цель исследования: изучить эффективность молекулярно-генетического исследования в дифференциации природы рецидивных кист при цистном эхинококкозе печени.

Для исследований брали эхинококковые пузыри (N=2, размерами 82×61 мм и 45×32 мм), выделенные у пациента во время оперативного вмешательства по поводу множественного цистного эхинококкоза правой доли печени. Для молекулярно-генетического анализа из фрагментов герминативной оболочки кисты эхинококка выделяли ДНК. Депротенинизацию и осаждение ДНК осуществляли стандартным фенол-хлороформным методом. Маркерные участки ДНК для типирования *E. granulosus* получали методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) синтеза ДНК по Bowles J. et al. (1992). В качестве ДНК маркера использовали полиморфизм фрагмента митохондриального гена *cox1*. Полученные фрагменты ДНК подвергали напрямую секвенированию ферментативным дидезокси - методом Сэнгера с помощью наборов для секвенирования. Для определения уровня родства исследуемых нами образцов ДНК *E. granulosus* проводили сравнение нуклеотидных последовательностей путем построения дендрограммы сходства. Для этого выбрали наиболее короткий, информативный и часто используемый в подобных исследованиях участок ДНК длиной 366 нуклеотидных пар с координатами 9896 – 10262 от 5' – концевого участка гена *cox1*.

Сравнительный анализ секвенированных фрагментов ДНК между собой выявил варибельность, связанную с заменами от 1 до 3 нуклеотидов. Ни одна из этих замен не нарушала смысл генетического кода. Сходство последовательности нуклеотидов при попарном сравнении выявлено в пределах 99,1-98,1%. Столь значительное сходство нуклеотидной последовательности маркерного фрагмента гена *cox1* образцов ДНК от обеих кист у пациента с множественным эхинококкозом предполагает общность происхождения этих кист и, возможно, метастатическую природу одной из них.

Таким образом, использование сравнительного моле-

кулярно-генетического анализа клеток эхинококковой кисты можно использовать в исследованиях по определению природы эхинококковых кист. Установление причины происхождения рецидивных кист будет способствовать правильному выбору тактики лечения больных с цистным эхинококкозом печени, и уменьшить частоту рецидивов этого паразитарного заболевания.

*Насакаева Г.Е., Сексенова А.Н., Бексеитова А.Ж.,
Оспанова А.С.*

ЭПИДСИТУАЦИЯ, АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ЛЯМБЛИОЗУ В КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ РК

г. Караганда, Республика Казахстан

Ежегодно в Казахстане свыше 10 тыс. детей страдают лямблиозом. По Карагандинской области в разные годы эти цифры варьируют от 396 до 929 (абс. показатель).

Изучение заболеваемости лямблиозом за 2012-2014 гг. по Карагандинской области показало, что идет тенденция к снижению. Если в 2012 году было зарегистрировано – 929 случаев, то в последующие годы отмечается снижение до – 399. Статистический анализ исследования показал высокую частоту лямблиоза у взрослых, которая в 2-3 раза превышает таковую у детей.

Интенсивный показатель на 100 тыс. населения колеблется от 68,2% до 28,91% в 2012 и 2014 годах соответственно. Показатель заболеваемости среди детей до 14 лет составил 313 случаев в 2012 году с последующей тенденцией к снижению в 2014 году – до 163 случаев. Интенсивный показатель заболеваемости на 100 тыс. детского населения был в пределах 109,6% в 2012 году, а в 2014 году равнялся 54,59%. Заболеваемость по лямблиозу у детей до года составила 25 случаев, с пиком подъема в 7-10 лет до 72, а у взрослых самые высокие показатели в возрасте 20-29 лет и в возрасте 40-49, соответственно 49-50 случаев.

Наибольшие показатели заболеваемости лямблиозом среди детского населения выявлена у детей общеобразовательной школы, что составило 87 (53,4%), а также у неорганизованных детей – 59 (36,6%).

Анализируя территориальное распределение лямблиоза по Карагандинской области, можно отметить, что заболеваемость в 2014 г., по сравнению с 2013 г. несколько уменьшилась, но, все же, показатели заболеваемости остаются на высоких цифрах. Наибольшая заболеваемость приходилась на крупные города Карагандинской области (Караганда, Темиртау), а также в районах: Абайский, Казыбекбийский, Октябрьский - минимальная, вплоть до нулевых значений была отмечена практически во всех районах области. Низкие показатели заболеваемости лямблиозом в районах не свидетельствуют о благополучную эпидемиологическую конъюнктуру, а указывает о неудовлетворительной работе лабораторной службы в районных больницах.

Анализ заболеваемости среди различных контингентов населения за 2014 год показал, что наиболее неблагополучным контингентом по данному заболеванию являются дети до 14 лет 163 (41,2), прочие – 90 (22,7), рабочие – 52 (13,3%).

Охват пролеченных больных составил 100%, эффективность проведенного лечения положительная. Исследовано 382 пробы питьевой воды, цисты лямблий не об-

наружены.

Несмотря на проводимые противоэпидемические мероприятия, лямблиоз остается одним из распространенных паразитарных заболеваний в области. Паразитоносители представляют особую угрозу в качестве источников инвазии, так как они не получают лечения. Зараженные люди и животные выделяют зрелые инвазионные цисты, так как уже в дистальных отделах тонкой и ободочной кишки происходит инцистирование трофозоитов. Период выделения цист у человека начинается в среднем на 9-12 сутки после заражения и может длиться многие месяцы.

*Никулина М.А., Лубская Н.С., Гранитов В.М.,
Матрос О.И.*

ТИРЕОИДНЫЙ СТАТУС У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С

г. Барнаул, Россия

Эндокринная патология по впервые выявленным случаям в Алтайском крае вдвое превышает показатели в РФ (2561,49 и 1062,1 соответственно, на 100 тыс. нас., 2012 год), из них более 40% приходится на патологию щитовидной железы (ЩЖ). За последние годы уровень патологии ЩЖ в крае вырос в 16,4 раза (Пашков А.П. и соавт., 2012). Установлено, что поражение щитовидной железы встречается среди больных с хроническим гепатитом С (ХГС) чаще, чем в популяции. В разных исследованиях у больных с ХГС встречается гипотиреоз (у 13%), выявляются антитиреоидные антитела (25%), а у 30% пациентов патология ЩЖ выявляется в ходе ПВТ.

Цель исследования: оценить функциональное состояние ЩЖ у пациентов с ХГС. Проведено проспективное динамическое клиническое, лабораторное и инструментальное обследование 240 пациентов с ХГС (47,5% мужчин и 52,5% женщин, в возрасте от 18 до 50 лет), включающее определение: ТТГ, общих Т3, Т4, свободных Т3, Т4, антител к тиреопероксидазе (АТПО), ультразвуковое исследование ЩЖ. Диагноз ХГС установлен на основании ПЦР РНК HCV (количественно, генотип), наличия анти-HCV (core, NS 2-5), показателей биохимии крови, уровня фиброза по Metavir (эластография, ПБП).

У 120 пациентов ХГС установлена патология ЩЖ (основная группа), из них 49,1% мужчин и 50,9% женщин. Группа контроля - 42 пациента с патологией ЩЖ (54,7% женщин и 45,2% мужчин) без ХГС.

Средние уровни гормонов щитовидной железы у пациентов основной группы и группы сравнения находились в пределах физиологических колебаний: ТТГ составил $2,10 \pm 1,42$ и $2,06 \pm 1,31$ мкМЕ/мл соответственно, Т3общ – $2,43 \pm 1,27$ и $5,32 \pm 3,10$ нмоль/л, Т4общ – $108,08 \pm 1,25$ и $112,28 \pm 3,95$ нмоль/л, Т4св – $14,87 \pm 5,25$ и $17,63 \pm 3,19$ нмоль/л, АТ-ТПО $11,02 \pm 4,71$ Ед/мл и $12,33 \pm 2,77$. У 14,1% основной и 18% контрольной группы уровень ТТГ был повышен и снижение ТТГ отмечено у 20,8% и 16% соответственно. Повышение Т3общ – у 12,5% и 21,4%, снижение ниже нормы – только у 6,6% основной группы. Снижение Т4св – у 15,8% и 14,2% и только у 1 пациента основной группы Т4св составил 181 нмоль/л. АТ к ТПО выявлены у 30% в обеих группах.

По данным УЗИ щитовидной железы выявлены следующие изменения в основной группе и группе контроля:

диффузные изменения структуры щитовидной железы – у 42,5% и 54,7% соответственно, узлы щитовидной железы – у 26,6% и 52,3%, кисты щитовидной железы – 13,3% и 28,5%, без структурных изменений – 17,5% и 9,5%.

У пациентов основной группы установлены следующие заболевания щитовидной железы: АИТ – у 5%, АИТ с гипотиреозом – у 10%, АИТ в сочетании с латентным гипотиреозом – у 8,3%, латентный гипотиреоз – у 10%, гипотиреоз – у 16,6%, эутиреоз – у 49,1%, тиреотоксикоз только у 1 больного. Установлена взаимосвязь развития патологии щитовидной железы с длительностью анамнеза по HCV-инфекции.

В группе контроля: АИТ – у 16,6%, АИТ в сочетании с субклиническим гипотиреозом – у 14,2%, гипотиреоз – у 42,8%, гипертиреоз (тиреотоксикоз) – у 11,9%, латентный гипотиреоз – у 16,6%.

Таким образом среди HCV инфицированных пациентов чаще выявляются состояния эутиреоза и гипотиреоза. Тщательное обследование тиреоидного статуса позволит выявить лиц с имеющейся патологией, что может найти отражение в выборе терапии и определит прогноз развития побочных эффектов.

Ниязова Т.А., Максудова З.С., Бобожонов Ш.Ж., Юсупов А.П.

ИЗУЧЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ГЕЛИЙ-НЕОНОВОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В БРУЦЕЛЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

Ташкент, Узбекистан

В последние годы в клинической практике медицины широко стали применять низкоэнергетическое лазерное излучение (НЛИ) после того, как было обнаружено, что НЛИ оказывает выраженное терапевтическое действие при лечении большого числа дегенеративных, дистрофических и воспалительных заболеваний. Именно поэтому используемые с лечебной целью лазерные установки, излучающие в красной и инфракрасной части спектра, нашли широкое применение в различных областях медицины (И.М.Байбеков и соавт., 1999). Учитывая вышеизложенное, мы провели испытания низкоэнергетического лазерного излучения при бруцеллезной инфекции.

Цель исследования: изучить действия гелий-неонового лазерного излучения на бруцелл *in vitro*. Для этой цели нами использована установка универсального гелий-неонового лазера ЛГ – 75, средняя мощность 8 мВт с длиной волны 632,8 нм.

При проведении 6 серий опытов, из них 4 серии с концентрацией бруцелл 1 млрд., 100 тыс., 10 тыс., 1 тыс. микробных тел в 1 мл мяско-пептонной среды и 2 серии – на контрольных средах. НЛИ продолжительностью действия в 15, 30, 45. 60 минут оказывало различной степени задерживающее действие на рост бруцелл.

Облученные пробы в течение 15 минут пересеивались на соответствующие питательные среды, с каждой пробой ставилась реакция непрямой гемагглютинации (РНГА) для выявления антигена.

Результаты опытов показали, что после облучения в средах содержащих высокие дозы бруцелл жизнеспособность возбудителя сохранялись и показатели РНГА соответственно были высокими. В связи с этим нами были взяты раздробленные концентрации бруцелл (1000, 500,

250, 100 м.т.); каждая проба подвергалась облучению в течение 60, 40, 30, 15 мин., ростовые качества культур проверялись так же, как и в предыдущем опыте.

Результаты опыта показали, при воздействии НЛИ в течении 60, 45 мин. во всех пробах культур не наблюдался на протяжении 5 суток; на 6-8 сутки появился рост бруцелл в пробах, содержащих 1000 и 500 м.т., как на жидкой, так и на твердой питательных средах. При воздействии НЛИ в течении 30 мин. в пробах с концентрации бруцелл 1000 и 500 м.т. отмечался рост культуры на 10 сутки, а при низких концентрации бруцелл в течении всего периода наблюдения пробы оставались стерильными и РНГА была отрицательной. При воздействии НЛИ в течении 15 мин. во всех концентрации бруцелл рост культуры отмечался начиная 6-8 сутки после посева и результаты РНГА была положительными. В контрольной пробе с физиологическим раствором + 1000 м.т. без облучения рост бруцелл во все сроки наблюдения был положительным.

Выводы: Облучение НЛИ в различных высоких концентрациях бруцелл не оказывает задерживающего влияния на рост культур бруцелл, за исключением серии опытов со 1000 м.т. в 1 мл среды. В серии опыта с 1000 м.т. и ниже в 1 мл питательной среде при облучении 60, 45, 30 мин. отмечено задерживающее влияние НЛИ на рост культур бруцелл. Этот факт указывает, что влияния НЛИ на бруцелл оценить как бактериостатическое действие.

Ногойбаева К.А., Тобакалова С.Т., Узакбаева А.З.

ВАКЦИНОАССОЦИИРОВАННЫЙ ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПАРОТИТ В Г. БИШКЕК, КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

Бишкек, Кыргызская Республика

В связи с напряженной эпидемиологической ситуацией по кори с 3 квартала 2014 г., в стране были развернуты ряд противоэпидемических мероприятий. С начала 2015 г. в г. Бишкек была проведена массовая вакцинация школьников, студентов высших и средних учебных заведений живой трехвалентной лиофилизированной вакциной против кори, паротита и краснухи («КПК»). С января 2015 г. зарегистрирован подъем обращаемости вакцинированных лиц с клиникой эпидемического паротита (ЭП), которая была расценена как поствакцинальная реакция.

Целью исследования явилось изучение клинической характеристики вакциноассоциированного ЭП.

Было проведено исследование стационарных (17) и амбулаторных карт (51) пациентов с поствакцинальным ЭП. Пациенты получали помощь в Республиканской клинической инфекционной больнице (РКИБ), г. Бишкек, с 01.01 по 16.02.2015 г. Статистический анализ проведен на Epi Info 3.8.1.

За анализируемый период в РКИБ обратились 68 пациентов с указанной патологией. Из них 25% (17/68) были госпитализированы, остальным пациентам оказали амбулаторную помощь (75% , 51/68, P < 0,001).

Были госпитализированы пациенты 11-36 лет, с превалированием лиц 16-20 лет (47,1%, 8/17). Заболевание развилось через 16,7±2,2 дней после вакцинации. Пациенты поступали в среднем на 4,7±1,5 день болезни. Все пациенты обращались с признаками одностороннего или

двухстороннего поражения слюнных желез (45% и 55%, соответственно, $P > 0.05$), на фоне лихорадки 38-39°C и симптомов интоксикации (100%). В стационарном лечении больше нуждались лица мужского пола (70,5% и 29,5%, соответственно, $P < 0.001$), что было связано с наличием признаков поражения половых желез (50%, 6/12) на фоне паротита. При этом клиника орхита (80% и 20%, одностороннее и двухстороннее, соответственно, $P < 0.001$) присоединилась на $4,5 \pm 1,1$ день болезни. В связи с тошнотой, рвотой и наличием болей в животе 41% (7/17) случаев были госпитализированы с подозрением на комбинацию паротита с панкреатитом. В последующем поражение поджелудочной железы было исключено лабораторными тестами. По эпидпоказаниям были госпитализированы 4 (24%) пациента со средней тяжелой формой паротита. В общем анализе крови, лейкоциты составили в среднем $6,5 \pm 2,3$, лимфоциты – $42 \pm 8,8$, СОЭ – $4,9 \pm 2,1$, амилаза крови – $62 \pm 9,6$. У всех амбулаторных пациентов был изолированный паротит, легкой или среднетяжелой формы. Обращались в основном лица в возрасте 16-20 лет (49%, 25/51). Гендерное распределение статистически значимой разницы не имело (47% и 53%, мужчины и женщины, соответственно, $P > 0.05$).

Таким образом, основное число обратившихся пациентов с ЭП составили лица 16-20 лет, среди которых была массовая иммунизация против кори, паротита и краснухи. На вакциноассоциированность эпидпаротита указывает развитие воспалительного процесса через $16,7 \pm 2,2$ дней после вакцинации (КПК). В основном заболевание характеризовалось легким и среднетяжелым течением, в виде одностороннего и двухстороннего паротита, которое не требовало госпитализации (81%, 55/68). У каждого 5 обратившегося за помощью пациента отмечалась тяжелая форма ЭП с лихорадочным, интоксикационным синдромом, поражением половой системы (9% (6/68)) с необходимостью стационарного лечения.

Нурхметова Г.Н., Амиреев С.А., Искакова Ф.А.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ В АЛМАТИНСКОЙ ОБЛАСТИ РК

г. Алматы, Республика Казахстан

Цель: оценить эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ ТБ) в Алматинской области РК.

Задачи: Провести эпидемиологический ретроспективный анализ заболеваемости, распространенности и смертности от МЛУ ТБ в Алматинской области РК.

Материал и методы: случаи туберкулеза с МЛУ, зарегистрированные в Национальном регистре больных туберкулезом. Оценивались уровень, интенсивность, динамика показателей заболеваемости, распространенности и смертности от МЛУ ТБ в Алматинской области (АО) РК. Применены методы описательной эпидемиологии.

Стратегия ДОТС (ВОЗ) внедрена в Казахстане с 1998 г. из-за высокой распространенности туберкулеза среди населения (заболеваемость 118,8/100 000, распространенность 379,6/100 000, смертность 38,4/100 000 нас.). Результатом реализации программы ВОЗ в Казахстане явилось снижение заболеваемости в 1,6 раза, распространенности

в 2,8 раза и смертности в 6,7 раза за период 1998-2013 гг.

В Алматинской области с исходными эпидемиологическими показателями ниже страновых (заболеваемость 95,8/100 000 нас., распространенность 388,3/100 000 нас. и смертность 22,9/100 000 нас.) отмечено их снижение в 1,4, 3,7 и 10,4 раза.

На фоне улучшения общей ситуации с туберкулезом в стране отмечен рост случаев туберкулеза с лекарственной устойчивостью (ЛУ), включая множественную лекарственную (МЛУ ТБ) с 5,4 до 11,4/100 000 нас. (2004-2013), что потребовало внедрения программы по выявлению и лечению МЛУ ТБ в РК. В АО программа ДОТС плюс внедрена в 2008 г.

Эпидемиологический анализ динамики показателей МЛУ ТБ определил повышение уровня заболеваемости в АО в 1,5-2,1 раза, распространенности в 1,4 раза в период с 2008 по 2013 гг. Отмечено превышение уровня заболеваемости МЛУ ТБ в АО в 1,1-1,4 раза в сравнении с среднереспубликанским показателем, тогда как уровень распространенности был ниже среднереспубликанского в 1,3 раза. В структуре смертности от туберкулеза доля больных с МЛУ ТБ составила 47,7-74,6% в АО (2008-2013), в РК 54,8 – 63,5. Наивысший уровень заболеваемости МЛУ ТБ отмечен в АО в 2010 г. – 16,3 на 100 000 нас. Анализ территориального распространения МЛУ ТБ в Алматинской области выделил Талгарский, Каратальский районы, гг.Капчагай и Талдыкорган, где показатели заболеваемости и распространенности МЛУ ТБ форм в 1,3-2,1 раза превышали областной показатель. Заболеваемость МЛУ ТБ отмечена у мужчин (63,5%), у лиц наиболее трудоспособного возраста 18-34 года, у лиц с низким социальным статусом (2/3 больных были безработными).

Закключение. Итогом реализации программы лечения больных с МЛУ ТБ отмечается снижение заболеваемости до уровня начала ее внедрения (2008) и значительное снижение смертности на фоне повышения показателя распространенности, что связано с ранней диагностикой, вовлечением в программу и эффективностью лечения больных с МЛУ ТБ. Некоторый рост показателя распространенности туберкулеза связан с длительным сроком лечения и наблюдения в ПТО. Возникновение и рост МЛУ ТБ ассоциируется с низким социальным статусом, трудоспособным возрастом и мужским населением.

Нурбекова Г.А., Анарбаев А.Д., Утепбергенова Г.А.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА БРУЦЕЛЛЕЗОМ В ЮЖНОМ КАЗАХСТАНЕ

г. Шымкент, Республика Казахстан

Бруцеллез – острое инфекционно-аллергическое, зоонозное заболевание с высокой тенденцией развития хронических форм. Возбудитель бруцеллеза относится ко II группе патогенности, восприимчивость населения к этой инфекции возможна в любом возрасте, заболевание длительное, сопровождается хронизацией инфекционного процесса с последующей инвалидизацией трудоспособного населения.

Заболеваемость бруцеллезом в Южно-Казахстанской области (ЮКО) а последние годы снизилась с 31,1 в 2007 г. до 26,5 в 2010 г., но все же превышает республиканский уровень более чем в 2,3 раза. В целом ситуация по заболе-

ваемости бруцеллезом по Южно-Казахстанской области снижена на 9,9%, в 2012 году в области зарегистрировано 425 случаев, показатель заболеваемости составил 15,83 на 100 тыс. населения, тогда как в 2011 году зарегистрировано 463 случаев бруцеллеза, показатель – 17,56 на 100 тыс. населения. Среди детей до 14 лет впервые диагностирован острый бруцеллез у 55 детей (в 2011 г. – 71 случаев). Снижение количества заболевших бруцеллезом детей по сравнению с 2011 годом отмечается на 16 случаев. Среди заболевших бруцеллезом 425 больных 374 (88,0%) – сельские жители.

Рост заболеваемости отмечается в Шардаринском, Отырарском районах (показатель заболеваемости на 100 тысяч населения составляют 29,6 и 27,6 соответственно).

Заболевание сохраняет свою сезонность, случаи бруцеллеза регистрируются в основном с апреля по ноябрь. При этом значительное снижение отмечено в Арыском, Казыгуртском, Ордабасинском, Сайрамском, Сузакском районах, городах Туркестан и Шымкента, но вместе с тем, отмечается рост заболеваемости в г.Кентау, Тюлькубаском, Толебийском, Сары-Агашском районах. Групповых случаев заболеваний среди людей не зарегистрировано. Из числа заболевших детей 42 из сельской местности, 13 детей города. В очагах бруцеллеза источник установлен в 87,1% случаев. Заболевание связано с сельскохозяйственными животными частного сектора, источник инфекции выявлен у 370 (87,1%) больных. Из общего количества установленных источников 290 людей заболело от мелко-го рогатого скота, 96 – от крупного рогатого скота.

Зарегистрировано 1194 очагов инфекции, в которых были проведены противоэпидемические, ветеринарные мероприятия, а также лабораторные исследования 585 проб: 220 проб молока, мясо-молочных продуктов, 14 (6,3%) не соответствуют гигиеническим нормативам, из 86 проб шерсти положительными оказались 4 (4,6%) пробы, среди 500 проб глины, почвы положительными на бруцеллез оказались 86 (17,2%). Лабораторными методами обследовано 2033 контактных лиц, положительные анализы на бруцеллез выявлены у 15 человек (0,7%). Из крови больных выделяется *Brucella melitensis*.

Для снижения заболеваемости бруцеллезом людей и сельскохозяйственных животных проведено 134 семинара, 353 лекций, издано 29 статей в СМИ, 142 санитарных бюллетеней, 4217 информационных листов, 55 радиопередач, 42 выступлений по телевидению, 3235 бесед, проведен 1 круглый стол.

С целью совершенствования эпидемиологического контроля, в практику работы внедрены стандартные определения случаев острого и хронического бруцеллеза (приказ №623 от 15.12.2006 г.), широко внедрены методы лабораторно-диагностики (ИФА, ПЦР), проведены обучающие тренинги CDC/CAR Центрально-Азиатского региона, проводятся эпидемиологических исследований при регистрации случаев впервые выявленного бруцеллеза.

Нурматов З.Ш., Ногойбаева К.А., Аалиев Г.К., Долотова Т.Ж.

ОЦЕНКА ЭКОНОМИЧЕСКОГО УЩЕРБА СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОРВИ В Г. БИШКЕК В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

Бишкек, Кыргызская Республика

Целью исследования явилась оценка экономического ущерба, связанного со стационарным лечением тяжелых ОРВИ в зависимости от возраста в г. Бишкек.

Исследование проводилось среди стационарных (n=235) больных детей (67,7%) и взрослых (32,3 %) с указанной патологией. Инструментом сбора данных был специально разработанный для данного исследования вопросник. Были изучены финансовые расходы, связанные с медицинскими затратами: на лабораторно-инструментальные исследования, лекарственные препараты и немедицинские - на зарплату сотрудников, административные и коммунальные услуги, питание больных. Так же рассчитано долевое участие средств государства и из личного счета больных/ухаживающих лиц в расходе на лечение. Анализ данных был проведен на статистической программе Epi Info 3.8.1.

Общие затраты на стационарное лечение пациентов старше 14 лет составили 10749 сом (222,6 \$ США), детей – 4545 сом (94,1 \$ США). При этом отмечалось статистически значимое превалирование расходов на лечение взрослых пациентов по сравнению с детьми (10749 и 4545 сом, соответственно, $P < 0,001$). Среднее число койко-дней в первой группе составило 10,2, а во второй группе – 4,2 ($P < 0,001$). Анализ измерения связи показал, что основными детерминантами длительного пребывания на койке у взрослых явились фоновые патологии (ХОЗЛ, бронхиальная астма) и позднее обращение (OR – 7,2 и 5,4, соответственно), а у детей – «часто болеющие дети» и дети с дефицитом массы тела (OR – 3,6 и 2,3, соответственно).

Государственные расходы в общей структуре составили 49%, при этом у детей их удельный вес был – 81,1%, а у взрослых - 41,3%, ($P < 0,001$).

Общие затраты на один госпитализированный случай независимо от возраста пациентов составили 7647 сом (158,3 \$ США). Из них на медицинские затраты были использованы 41,3%, на немедицинские – 58,7%, ($P < 0,05$).

Результаты исследования показали, что госпитализации подлежали пациенты с ОРВИ, которые протекают тяжело из-за отягощенного преморбидного фона, независимо от возраста. При этом у взрослых отмечается более длительное стационарное лечение, в связи с наличием возрастных фоновых патологий, которое прямо пропорционально влияет на сумму экономического ущерба. В связи с чем, у лиц старше 14 лет последнее отмечалось в 2 раза больше, чем у детей.

В связи с наличием программы Государственной гарантии медицинского обеспечения детей до 5 лет больше трети расходов (81,1%) на лечение госпитализированных детей идет из бюджета стационаров. Тогда как взрослые пациенты несут больше половины затрат (59,3%) за свой счет. При этом 58,7% ущерба идут на немедицинские расходы.

Омарова А.К., Баешева Д.А., Кенжебаева С.К.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОРИ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Астана, Республика Казахстан

Актуальность проблемы: несмотря на серьезные успехи в борьбе с корью это заболевание до сих пор остается актуальной проблемой. По данным ВОЗ на современном этапе в мире отмечается ухудшение эпидемиологической обстановки по кори. В последние годы в связи с массовой иммунизацией детей против кори чаще болеют взрослые, ранее непривитые или утратившие иммунитет.

Цель: изучить клинические особенности кори у детей на современном этапе, а также прививочный статус и возрастную структуру больных.

Проведен анализ историй болезней пациентов, пролеченных по поводу кори в городской детской инфекционной больнице (ГДИБ) г. Астана в 2014 году.

За исследуемый период в приемный покой ГДИБ с диагнозом: «Корь» обратилось 605 больных. При исследовании возрастной структуры переболевших корью, установлено, что до 1 года обратилось – 378 (62,5%) больных, с 1 года до 6 лет – 187 (30,9%) больных, старше 7 лет – 41 (6,8%) больной.

Из числа обратившихся, по тяжести состояния госпитализированы в стационар: 347 (57,3%) больных, на амбулаторное лечение направлены – 258 (42,6%) больных. При изучении прививочного статуса больных корью, установлено, что вакцинированы против кори – 73 (12%), из них до 1 года 10 (1,6%), с 1 года до 6 лет – 31 (5,1%), с 7 лет и старше – 32 (5,3%). Не вакцинированы – 533 (88%) больных: до 1 года – 368 (60,8%), с 1 года до 6 лет – 156 (25,8%), старше 7 лет – 9 (1,5%) больных.

Изменилась возрастная структура больных корью, среди заболевших преобладают дети первого года жизни – 51,3%, а 23,6% составляют дети до 6 месяцев жизни. Это преимущественно дети, не привитые по календарю прививок и дети школьного возраста, не получившие ревакцинацию. По полу преобладали девочки, количество которых составило – 185 (53,3%), мальчики – 162 (46,7%). Количество больных по срокам госпитализации от начала заболевания распределялись следующим образом: на 2-3 сутки – 183 (52,7%), 5-7 сутки – 136 (39,1%), свыше 7 суток – 28 (8%).

У 314 больных (90,5 %) корь протекала в среднетяжелой форме, у 33 (8,5%) - в тяжелой форме, из них 6 больных (18%) по тяжести состояния были госпитализированы в отделение интенсивной терапии и реанимации.

Корь сохранила характерные клинические симптомы, стадийность течения - катаральный период, период высыпания и пигментации. Основные симптомы катарального периода были выявлены у всех больных. Пятна Бельского-Филатова-Коплика отмечались у 52% заболевших детей. У детей раннего возраста в период продрома кори наблюдались катаральные симптомы со стороны дыхательных путей и глаз, и нередко возникали дисфункции кишечника, без признаков эксикоза – у 72% детей. У привитых больных отмечалось укорочение катарального периода кори до 4-5 дней, нарушение этапности высыпания и слабо выраженная пигментация – в 4% случаев. Установлено, что среди госпитализированных детей в 90 % случаев наблюдались различные осложнения, без осложнений болезнь протекала только в 9,8% случаев. Вы-

писаны с выздоровлением – 5 (1,4%) больных, с улучшением – 342 (98,6%) больных. Летальности среди детей не наблюдалось.

Выводы: таким образом, изменилась возрастная структура больных корью, среди заболевших преобладали дети первого года жизни. Клиника кори протекала типично, преимущественно в среднетяжелой форме, с развитием различных осложнений.

Разак Т., Жаукбаев Н.

ЗНАЧЕНИЕ АКТИВИЗАЦИИ СТАЦИОНАРНО НЕБЛАГОПОЛУЧНЫХ ПУНКТОВ ПРИ РАСПРАСТРАНЕНИИ СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ ЗА ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ

г. Алматы, Республика Казахстан

В экономической жизни населения Казахстана животноводству всегда отводилась ведущая роль, и эта традиция полностью сохранилась в новой республиканской общей программе «Нурлы жол». Возможность резкого снижения заболеваемости людей сибирской язвы и элиминации ее в недалеком будущем вполне реальна. Общеизвестен тандемный характер возникновения сибирской язвы у животных и людей. Только постоянное планомерное строго скоординированное взаимодействие санитарно-эпидемиологической и ветеринарной служб по эпизоотологическому и эпидемиологическому надзору способно подавить и свести на нет эпидемический процесс при этой особоопасной инфекции.

В работе дана общая характеристика изменениям эпизоотологической ситуации по сибирской язве на выбранной нами отдельной территориальной единице (Алматинская обл.) по сравнению с общереспубликанской, наступившим за последние 6 лет. При анализе эпидситуации использованы опубликованные справочные материалы (Лухнова Л.Ю. и др., 2009), некоторые статистические методы с вычислением индекса эпизоотичности (ИЭ).

Вся территория Казахстана была обильно усыпана огромным количеством (1787) стационарно неблагополучных пунктов (СНП) по сибирской язве, число которых за наблюдаемый период снизилось незначительно (на 15). Более быстрыми темпами уменьшалось число активных эпизоотических и эпидемических очагов – по РК на $9,3 \pm 3,5\%$, тогда как по области наблюдался их рост на 2 очага. Совокупная площадь под СНП не изменилась. Среднегодовая абсолютная заболеваемость по Алматинской обл. была в 4,9 раз выше, чем средняя по РК, тогда как по всем видам учитываемых сельскохозяйственных животных эти показатели не отличались – 1,8 и 1,5 соответственно. Данное соотношение свидетельствует, что эпидпроцесс сибирской язвы по Алматинской области за последние годы заметно активизировался, чем в целом по РК. Существенные сдвиги произошли в градации областей РК по степени риска заражения возбудителем сибирской язвы: группа высокого риска пополнилась за счет Костанайской обл. (всего стало 6), улучшилась ситуация по Карагандинской обл. она перешла в группу относительного благополучия (6). Таким образом, в группе среднего благополучия остались Акмолинская и Актюбинская обл. Вызывает беспокойство осложнение обстановки по сибирской язве в Костанайской обл. в которой предусматривается дальнейшее развитие животно-

водства более ускоренными темпами.

За изучаемый период в Алматинской обл через 30-43 года благополучия в трех районах возникли 3 смешанных очага в 2010, 2012, 2014 гг. В них заболело 11 человек и 10 КРС. Все очаги проявили активность на территории бывших (старых) СНП. Источником инфекции во всех случаях были больные животные, подвергшиеся вынужденному забою без ветеринарного осмотра. Индекс эпизоотичности составил 0,008, т.е. интенсивность эпизоотического процесса была незначительной.

Выводы. Впервые в истории вся территория РК была свободной от проявлений эпидемического процесса сибирской язвы в 2007 и 2013 гг. В результате скрытого забоя больных животных в Алматинской обл продолжается активизироваться старые СНП с заболеваниями людей и домашних животных. При осуществлении ветеринарного надзора приоритетным направлением должна быть разъяснительная работа среди населения.

*Ракишева А.С., Касенова Л.Ш., Исаева А.Г.,
Макулбаева У.Т., Сыздыкова Н.С., Кумисбаева Б.Т.,
Ретина Ю.В., Жумабаева Ш.К.*

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРЕПОДАВАНИЯ ФТИЗИАТРИИ

г. Алматы, Республика Казахстан

В современный период возникла необходимость использовать такие методы обучения, которые могли бы в полной мере активизировать мыслительную деятельность студента, стимулировать его на процесс получения знаний, желанию самостоятельного совершенствования знаний. Инновационные методы обучения позволяют формировать опыт творческой и инновационной деятельности студентов, который, в конечном счете, влияет на компетентность будущего специалиста.

Одним из таких методов является проблемно-ориентированное обучение, которое дает возможность овладения актуальной проблемой с глубоким, активным освоением материала, при этом студент приобретает навыки: работы в команде, умения слушать и активно участвовать в дискуссии, обмена мнениями, уважения к взглядам коллег, критической оценки литературы, подготовки презентаций. При использовании данного подхода студенты от пассивного слушания и заучивания материала в ходе самостоятельной подготовки переходят к активному поиску по решению выделенной проблемы. Самостоятельный поиск решения поставленной задачи развивает чувство ответственности, делает студента более инициативным, заинтересованным в процессе обучения, студент учится решать проблему, вместо заучивания ее решения. Проблема преподавания фтизиатрии зависит от меняющихся форм и методов противотуберкулезной работы в современных условиях, что обязывает проводить педагогический процесс с учетом трансформации взглядов по многим направлениям фтизиопульмонологии, так как содержание обучения должно соответствовать времени и перспективам, потребностям практического здравоохранения и достижениям современной медицинской науки. Для лучшего освоения актуальных вопросов фтизиатрии, на кафедре фтизиопульмонологии занятия в виде РВЛ проводятся по темам: «Проблема туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью в Казахстане»,

«Принципы и методы лечения больных туберкулезом», «Очаги туберкулезной инфекции», «ПОПС формула», ТВЛ «Первичный туберкулез».

Для развития клинического мышления используется Моделирование клинической ситуации (тренинг навыков по получению информированного согласия пациента для проведения химиопрофилактики ребенку из очага туберкулезной инфекции). В ходе занятий используются и компьютерные игровые технологии в виде «Минуты славы», «Игры разума», «Как стать миллионером».

Большая роль в формировании практических навыков принадлежит самостоятельной работе студентов (СРС), которая служит неотъемлемой частью совершенствования клинического мышления. Задания по СРС на кафедре выполняются в виде: реферативных сообщений, составления клинических задач, диагностических алгоритмов, экспертной оценки истории болезни, схем лечения, таблиц, тестовых заданий, кроссвордов, протоколирования рентгенологических исследований, информационного листка по санитарно-просветительской работе, отражающего вопросы раннего выявления и профилактики туберкулеза. Внедрен «Метод опережающей самостоятельной работы с использованием блок-схем».

Применение интерактивных методов обучения в освоении фтизиатрии способствует: развитию творческого мышления студентов, повышению коммуникативных навыков обучающихся (умения говорить, слушать, навыки чтения и письма), улучшают аналитические способности студентов, прививают навыки презентаций, публичных выступлений, участия в дебатах и семинарах.

Рахимова В.Ш., Алиев Б.Р.

КОИНФЕКЦИЯ ВИЧ И ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С: МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

Ташкент, Узбекистан

Глобальная трансформация возбудителей инфекционных болезней на сегодняшний день привела к явному доминированию патологии, вызванной вирусами. К числу наиболее распространенных прогрессирующих хронических инфекций, которыми поражено в среднем 7-8 % человеческой популяции относятся вирусный гепатит С и ВИЧ-инфекция.

Для определения морфологических особенностей ткани печени на базе НИИ Вирусологии нами были пропунктированы 6 больных с ко-инфекцией и 5 больных с ХВГС.

При изучении биоптатов печени в группе коинфицированных у 1 больного выявлен слабо выраженный ИГА (4–8 баллов) у 5 пациентов умеренной (9–12 баллов). При определении ИГА в группе пациентов с ХВГС признаки гепатита с низкой активностью (4–8 балла) патологического процесса установлены у 3 пациентов. С умеренной степенью активности (9–12 баллов) установлено 2 пациентов.

При сравнении индекса гистологической активности (ИГА) по R.G. Knodell и др. 1981г. было выявлено, что в группе коинфицированных средний показатель ИГА составил $9,7 \pm 0,9$ баллов, тогда как при моно ВГС данный показатель был $4,7 \pm 0,9$ баллов.

Исследования биоптатов печени у всех больных выявили триаду патогномичных признаков.

1. Воспалительная инфильтрация перипортальных трактов. Инфильтрация обусловлена скоплением конгломерата и лимфоциты (что соответствует вирусной природе заболевания). Располагались шаровидно или яйцеобразно в несколько рядов и представляют собой скопления лимфоцитов.

2. Повреждение желчных протоков. Гистологически характеризовалось пролиферацией желчных протоков. Данный процесс отмечался в расширенной части ворот печени.

3. Жировая дистрофия гепатоцитов (стеатоз). При этом отмечалось смещение органеллы к периферии клетки за счет увеличения липидных включений, которые заполняют цитоплазму.

Установлено, что лимфогистиоцитарная инфильтрация различной степени выраженности встречалась у всех больных, но степень её выраженности была различной: в группе ко-инфицированных чаще визуализировались признаки с лимфоцитарной инфильтрацией 100%, пациентов тогда как в биоптате при моно ВГС больных лимфоидная инфильтрация отмечалась у 80 % обследованных.

Жировая дистрофия гепатоцитов также была более обильная при ко-инфекции по сравнению с моно ХВГС. При ко-инфекции пролиферация купферовских клеток отмечалась у 100% пациентов, тогда как при моно ХВГС она была у 80%.

По частоте фиброза пациенты двух групп не имели значимых различий. Внутридольковые некрозы встречались в основном у ко-инфицированных в 2 случаях (33,3%). При определении степени тяжести перипортальных некрозов у больных с коинфекцией и моно ВГС установлено, что как в той, так и в другой группе выраженность перипортальных некрозов была умеренной (соответственно $1,8 \pm 0,5$ и $1,1 \pm 0,3$ балла).

Таким образом, были выявлены, что в печени ко-инфицированных пациентов определяются те же морфологические изменения, что и при моно ХВГС. При этом признаки выражены более ярче и ИГА в группе ко-инфицированных в 2 раза выше, чем при моно ХВГС. Наряду с этим выявленная лимфоцитарная инфильтрация соответствует вирусной природе заболевания.

Розенталь Е.М., Сапарбеков М.К.

МЕТОДОЛОГИЯ РАНДОМИЗИРОВАННОГО КОНТРОЛИРУЕМОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ И ИХ СЕКСУАЛЬНЫХ ПАРТНЕРОВ

г. Алматы, Республика Казахстан

Известно, что рандомизированное контролируемое испытание является одним из вариантов экспериментального эпидемиологического исследования, проводимое с целью оценки уровня, структуры, динамики заболеваемости среди различных социальных групп населения, в пространстве, во времени, в условия искусственного вмешательства в естественный ход заболеваемости.

Целью данного сообщения является составление дизайна исследования рандомизированного контролируемого исследования для изучения распространенности и поведенческих рисков инфицирования ВИЧ, ВГС, ИППП среди ВИЧ-инфицированных потребителей инъ-

екционных наркотиков г. Алматы и разработка предложений по совершенствованию системы социального сопровождения.

Дизайн исследования включал в себя следующие взаимосвязанные последовательные этапы: выдвижение рабочей гипотезы, отбор участников исследования, сбор данные (информация, полученная в результате социологического и лабораторного мониторинга), которые включали – социально-демографические характеристики, употребление наркотиков, модели сексуального поведения, данные лабораторного обследования на ВИЧ, ВГС, ИППП.

Было исследовано 364 ВИЧ-инфицированные супружеские пары, всего 728 участников исследования в возрасте 18 лет и старше, которые в течение предшествующих 90 дней употребляли инъекционные наркотики. Отбор участников исследования проводился с учетом разработанных критериев отбора и исключения из исследования. Кроме изучения распространенности ВИЧ, ВГС, ИППП, нами исследовались вопросы воздействия профилактических программ на поведение участников. Для этого нами были сформированы методом случайной выборки (рандомизация) 2 группы наблюдения, различающиеся по степени воздействия исследуемого фактора: программы «снижение риска» и «оздоровления». Мониторинг поведения участников исследования проводился через 3, 6, 12 месяцев. В ходе исследования супружеским парам оказывался комплекс медицинских и социальных услуг, включая помощь при передозировках с использованием нолаксона.

Оценивая методологию рандомизированного контролируемого исследования при изучении эпидемиологических аспектов ВИЧ-инфицированных ПИН и их сексуальных партнеров необходимо отметить ее высокую доказательность в проверке выдвигаемых гипотез, а также потенциальную эффективность при организации и проведении профилактических вмешательств.

Розенталь Е.М., Сапарбеков М.К.

РОЛЬ СОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ В ПРЕДОСТАВЛЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ И СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ СУПРУЖЕСКИМ ПАРАМ

г. Алматы, Республика Казахстан

Социальное сопровождение – это комплексная программа по улучшению доступа как к медицинскому уходу, так и психосоциальной поддержке. В настоящее время этот подход успешно реализуется за рубежом в работе с ВИЧ-инфицированными потребителями инъекционных наркотиков (ПИН).

Целью данного сообщения является оценка роли социального сопровождения при формировании комплекса услуг и ухода ВИЧ-инфицированным ПИН и их сексуальным партнерам.

Объектами исследования явились потребители инъекционных наркотиков и их сексуальные партнеры в возрасте старше 18 лет, проживающих в г. Алматы. Всего было исследовано методом рандомизированного контролируемого испытания 364 супружеских пар или 728 участников исследования. В процессе исследования были использованы аналитические, эпидемиологические, лабо-

раторные, социологические, контент, SWOT – анализы, статистические методики.

В ходе исследования были составлены схемы и алгоритмы совершенствования системы социального сопровождения среди исследуемых супружеских пар. С позиции системного подхода были сформулированы основные компоненты социального сопровождения данной категории населения, перечень базовых стандартов оказания медицинских и психосоциальных услуг.

Оценка эффективности разработанной программы социального сопровождения ВИЧ-инфицированным ПИН и их сексуальным партнерам в динамике показало последовательное повышение опыта пользования презервативами во время вагинального секса с партнером по исследованию, а также синхронное снижение показателей незащищенного употребления наркотиков с 57% до 18,8%.

Таким образом, программа социального сопровождения является важным компонентом усилий по улучшению доступа к уходу и медицинской помощи среди ВИЧ-инфицированных ПИН и их сексуальных партнеров.

Саидахмедова Д.Б., Сувокулов У.Т., Качугина Л.В., Абдиев Т.А., Ваховов Т.А.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ СМЕШАННЫХ КИШЕЧНЫХ ПАЗИТАРНЫХ ИНВАЗИЙ

г. Самарканд, Узбекистан

Такие аспекты терапии кишечных паразитозов как проведение соответствующего лечения больных с сопутствующей патологией специфической фармакотерапии у детей, вопросы комплексного лечения, с учетом иммунной системы, особенностями применения лекарственных препаратов у больных с микст-инвазией освещены не достаточно. Поэтому вопросы терапии смешанной кишечной паразитарной инвазии продолжают оставаться актуальными и на современном этапе.

Целью исследования было изучение влияния терапии лямблиоза секнидоксом и метронидазолом на эффективность лечения при сочетанной инвазии лямблиоза с гименолепидоза и энтеробиоза. Под наблюдением находилось 100 больных с энтеробиозом + лямблиозом + гименолепидозом. Антипаразитарная терапия носила цикловой характер. Препараты назначались в возрастных дозировках.

1 группа (50 чел.) получала лечение по схеме мебендазол 2 дня, затем метронидазол 5 дней далее фенасал 6 дней, и затем метронидазол 5 дней. Общий курс лечения составил 18 дней. Эффективность терапии – 89 %.

2 группа (50 чел.) получала лечение по схеме: мебендазол 2 дня, затем секнидокс - 1 день, затем фенасал – 6 дней. Общий курс лечения составил 9 дней. Эффективность терапии была 93 %.

Эффективность секнидокса при терапии моноинвазии лямблиоза детей составила 97 %, метронидазолом 93 %.

Таким образом секнидокс обладает высоким противолямблиозным действием (97 %) и сокращает курс антипаразитарной терапии при наличии у больного тройной инвазии энтеробиоза, лямблиоза и гименолепидоза в 2 раза.

Сарсенбаева М.З., Аниева Ж.И., Максутова Г.С.

ЧАСТОТА ВЫДЕЛЕНИЯ УСЛОВНО-ПАТОГЕННЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ ИЗ МОКРОТЫ ОТ БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

г. Алматы, Республика Казахстан

Больные туберкулезом составляют группу риска по развитию осложнений вызываемых условно-патогенными микроорганизмами. Причиной этому служат выраженные нарушения обменных процессов, авитаминоз, дисбактериоз, ослабление иммунологической реактивности у больных туберкулезом, а также длительное лечение (6-8 месяцев и более) с применением различных комбинаций 4-5 антибактериальных препаратов (Сарсенбаева М.З., 2006 г.).

Нами изучена частота выделения грибов рода *Candida* в ассоциации с неспецифической микрофлорой из мокроты больных туберкулезом. Было исследовано всего 170 образцов мокроты от 442 больных с впервые выявленным туберкулезом легких с положительным бактериологическим исследованием. В 43,5% в случаях были выделены УПМ в количестве превышающим нормы. Анализ, выделенной микрофлоры мокроты в количестве 10^5 - 10^6 был представлен в 58,1% условно-патогенными грибам, а в 41,9% случаях бактериальной микрофлорой. Микробный пейзаж мокроты больных с впервые выявленным туберкулезом легких, был представлен кокковой микрофлорой – род *Staphylococcus* – 13(17,6%); род *Streptococcus* – 7(9,5%). Также в состав микрофлоры мокроты входили следующие микроорганизмы, в частности *Pseudomonas aerogenosae* – 4,0%; *Serratia* – 2,6%; *E.coli* – 1,5%, а также в 6,7% микстами (условно-патогенными бактериями + условно патогенными грибами).

Таким образом, при изучении микрофлоры мокроты от больных с впервые выявленным туберкулезом особо следует отметить, что в испытуемой группе больных в мокроте кроме микобактерий туберкулеза были выделены и неспецифическая микрофлора в количестве 43,5%, что говорит о сниженной иммунной резистентности у этой категории больныхна фоне специфического процесса.

Этот факт указывает на то, что при лечении больных туберкулезом кроме основной противотуберкулезной терапии нужно обратить внимание на неспецифическую микрофлору, которая зачастую может осложнять туберкулезную инфекцию.

Симонова Е.Г., Картавая С.А., Локтионова М.Н., Колганова О.А.

СОВРЕМЕННАЯ СИТУАЦИЯ ПО СИБИРСКОЙ ЯЗВЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Москва, Россия

Современная ситуация по сибирской язве в Российской Федерации (РФ) характеризуется нестабильностью с ежегодной регистрацией от 1 до 24 случаев заболеваний у людей и от 2 до 163 – у животных. Максимальное число случаев сибирской язвы у людей выявляется с июня по октябрь (86,5%, $p < 0,05$) с пиком заболеваемости в августе месяце ($> 35\%$ случаев). Случаи заболеваний сибирской язвой чаще регистрируются среди сельского населения (90,4%) и лиц активного трудоспособного возраста

(20-59 лет), которые составляют 86,6% ($p < 0,05$) от общего числа заболевших. При этом, мужчины болеют чаще (74,0%, $p < 0,05$), что связано с их большей занятостью в животноводстве. В целом на лиц, профессиональная деятельность которых связана с риском заражения, приходится 32,7% от числа зарегистрированных случаев.

К особенностям эпидемиологии сибирской язвы относятся увеличение рисков заболеваемости, связанных с наличием опасных контактов сельских жителей (>90%) с больными животными, в основном крупным рогатым скотом (57,8%), находящимся в частном владении (87,5%) и заражающимся во время свободного выпаса, в т.ч. в местах расположения сибирезвенных захоронений (СЯЗ) и на прилегающих к ним неблагополучных территориях.

Общая численность учтенных стационарно-неблагополучных пунктов (СНП) к 2013 г. достигла 35605. Большая их часть расположена в Приволжском (35,9%) и Центральном (27,3%) федеральных округах. За последние 13 лет активность проявили 124 СНП, расположенные в 30 субъектах. Более четверти пунктов выявлены впервые.

Эпизоотолого-эпидемиологические наблюдения свидетельствуют о том, что на территориях СНП располагаются СЯЗ, которые отличаются по своим характеристикам и представляют различную степень опасности в зависимости от действия природных, социальных и биологических факторов риска. Последние изучены на примере 33-х захоронений, расположенных в различных регионах страны. Установлено, что среди СЯЗ большую часть составляли «старые», произведенные до 1950 года скотомогильники, имеющие значительную потенциальную опасность (63,6%). Незначительную опасность представляли земляные ямы с захоронениями зольных остатков трупов животных (20%). Выявлено также, что сохранению реальной опасности СЯЗ способствуют их расположение в зоне наибольшего природного риска (> 70%), гидрологические (33,3%) и гидрогеологические (25-29%) особенности территорий. К социальным факторам риска отнесены отсутствие балансодержателя захоронения (65%), несоответствие СЯЗ регламентированным требованиям по содержанию (< 40%), наличие вблизи захоронения рекреационных зон (58%) и выпаса сельскохозяйственных животных (40%). Комплексная оценка реальной опасности СЯЗ показала, что 43,8% захоронений представляют среднюю степень опасности, 31,2% - ниже среднего и по 12,5% выше среднего и низкую.

Таким образом, применение методологии оценки риска позволило оценить современную ситуацию по сибирской язве, выявить степень опасности СЯЗ и реализовать дифференцированный подход к планированию профилактических мероприятий.

Сувонкулов У.Т., Абдиев Т.А., Саидахмедова Д.Б., Вахобов Т.А., Качугина Л.В.

СИТУАЦИЯ ПО ЭНТЕРОБИОЗУ В УЗБЕКИСТАНЕ

г. Самарканд, Узбекистан

В настоящее время из гельминтозов человека наиболее распространенным является энтеробиоз. По классификации С.В. Прозоровского (Маркин А.В., 1996) эта инвазия относится к массовым заболеваниям (показатель заболеваемости свыше 100 на 100000 населения) и представляет на сегодня одну из самых серьезных проблем

практического здравоохранения, ибо, несмотря на проводимые мероприятия, особых успехов пока не достигнуто.

На территории бывшего СССР заболеваемость энтеробиозом в конце прошлого столетия составляла от 1047,5 до 1082,8 на 100 тыс. населения по странам СНГ этот показатель колебался от 414,4 в Таджикистане, до 2253,2 на Украине.

За последние годы накопились данные о том, что энтеробиоз, как и другие гельминтозы, способствует более частому возникновению соматических и инфекционных заболеваний. Можно считать доказанной роль остриц в этиологии аппендицита и вульвовагинитов, они могут быть причиной различных неврологических расстройств, вплоть до эпилептических припадков.

В Узбекистане энтеробиоз является самым распространенным гельминтозом. В 2014 г. в республике учтено 226618 больных энтеробиозом. В структуре гельминтозов энтеробиоз составляет 80,1%. В отдельных детских дошкольных учреждений инвазированность составляет свыше 20%.

Целью исследования было апробирование новых методов массовой дегельминтизации детей от энтеробиоза. Была изучена пораженность энтеробиозом в ДДУ детей в возрасте от 3 до 7 лет методом соскоба с перианальных складок. Инвазированность детей яйцами остриц составила 34,2%. Была изучена эффективность мебендазола, медамина, гелминтокса и гелмадола при энтеробиозе.

Эффективность лечения энтеробиоза гелминтоксом составляла 91,4%, мебендазолом – 97,1%, медамином – 94,3%, гелмадолом – 96,7%.

При проведении массовой дегельминтизации детей гелмадолом в дозе до 3х лет – 200 мг. Старше 3х лет -400 мг. Однократно 1 день. С повторным курсом через 14 дней пораженность детей энтеробиозом уменьшилась в 24 раза (с 34,2% до 1,4 %).

Таким образом массовая дегельминтизация способствует оздоровлению организованного контингента и является эффективной мерой снижения пораженности энтеробиозом детей. Высокая эффективность, удобство применения позволяет рекомендовать гелмадол для массовой дегельминтизации детей от энтеробиоза.

Танирбергенова А.Ж., Шиналиев Р.А., Хабланов А.Ш. ХАРАКТЕРИСТИКА ИЕРСИНИОЗОВ У ДЕТЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

г. Алматы, Республика Казахстан

Иерсиниозы остаются одной из актуальных проблем инфектологии. Актуальность обусловлена не только широким распространением во всем мире, но и связана с трудностями при ранней постановке диагноза, что в дальнейшем способствует увеличению риска полиорганных поражений и развитию осложнений. Целью данной работы явилось проведение анализа клинико-лабораторных показателей иерсиниоза у детей на современном этапе.

Нами проанализировано 75 случаев иерсиниоза у детей, находившихся на стационарном лечении в детской городской клинической инфекционной больнице города Алматы в 2012-2014 годах. Диагноз был верифицирован бактериологическим исследованием.

По возрастному составу дети были распределены на 3 группы: I группа (дети в возрасте до 3-х лет) – 38,7%; II

группа (дети в возрасте от 3-х до 7 лет) – 28%, III группа (7-14 лет) – 33,3%. Чаще болели дети из неорганизованной группы – 41 (54,7%). В 46 случаях (61,3 %) больные поступили в стационар в первые 5-7 суток от начала заболевания. При этом с верным направительным диагнозом обратилось только 22,2% пациентов. В среднетяжелой форме заболевание протекало у 80% больных, в 20% случаев наблюдалась тяжелая форма. Необходимо отметить, что 60% тяжелых форм зарегистрирована в I группе детей. Лихорадка отмечена у всех и в 100% случаях – с первых дней заболевания. У 90,7% больных было повышение температуры тела до фебрильных цифр, субфебрилитет наблюдался только у 9,3% пациентов. Продолжительность лихорадки в 46,7% наблюдений составила не более 7 суток, а более половины (53,3%) детей продолжали лихорадить свыше 7 дней. При этом подъем температуры тела выше 40,0°C и лихорадка 14 дней и более были отмечены преимущественно у детей I и II групп. Экзантема наблюдалась у 32 (42,7%) больных в виде мелкоточечной, пятнисто-папулезной сыпи с преимущественной локализацией на конечностях, туловище. Лимфаденопатия была у большинства больных (76% наблюдений), при этом у 91,2% больных до I-II степени, лишь у 8,8% детей до III степени. Поражение ротоглотки в виде гнойных ангин регистрировались у каждого третьего больного (34,7%). Гепатомегалия отмечалась практически у каждого четвертого больного (24%), спленомегалия лишь в 8% наблюдений. Поражения желудочно-кишечного тракта в виде рвоты, жидкого стула, болей в животе наблюдались у 21,3 % больных. Артралгии явились нечастыми проявлениями иерсиниозов, составив 9,3%. В общем анализе крови лейкоцитоз регистрировался у более половины больных (56%), нейтрофилез в 61,3%, ускорение СОЭ у 65,3%, из них около половины случаев (48,7%) показатель СОЭ был выше 30 мм/час, эозинофилия не наблюдалась ни в одном случае. Анемия отмечалась у 27-х больных (36%), преимущественно у детей в возрасте до 3-х лет (70,3%). При бактериологическом исследовании у 42 (56%) больных была выделена *Yersinia intermedia*, в 33 случаях (44%) – *Yersinia enterocolitica*. Основными материалами, откуда были выделены возбудители, явились мазок из ротоглотки, кал.

Проведенный нами анализ позволяет сделать следующие выводы: 1) иерсиниозом болеют чаще дети первых 7 лет (66,7%); 2) заболевание протекало преимущественно в среднетяжелой форме, тяжелая форма чаще регистрировалась в возрасте до 3-х лет; 3) клиническая картина характеризуется полиморфизмом проявлений.

Тастанбеков Б.Д., Божбанбаева Н.С., Мустафазаде Т.Ш., Есенова С.А., Сасаева С.Н., Амантаева М.Е.

ИНФЕКЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ МАТЕРИ И РЕБЕНКА

г. Алматы, Республика Казахстан

Проводимые лечебно-диагностические, организационные, социальные мероприятия по снижению частоты перинатальной патологии матери и ребенка дали в последние годы существенные результаты. Вместе с тем показатели младенческой, детской смертности в сравнении с таковыми же в ряде европейских стран остаются более высокими.

В таком случае приходится говорить не столько о неэффективности проводимых мер, сколько о недостаточности целенаправленных действий в отношении минимизации роли ключевых факторов, обуславливающих высокую актуальность проблемы.

Прежде всего следует констатировать недооценку роли инфекций в перинатальной патологии матери, плода и ребенка при том, что огромные количества фундаментальных исследований четко определили роль инфекционных патогенов в оценке и решении этой проблемы. Вместе с тем, давно установленное значение инфекций в недонашивании не стало обоснованием строго обязательного обследования женщин и девочек – подростков на наличие герпетических, энтеровирусных, цитомегаловирусной инфекции, а также гриппа, ряда хронических бактериальных заболеваний и др. Тем самым не реализуется комплекс превентивных мер лечения беременных и женщин до наступления беременности, а также рекомендаций по планированию семьи. Особенно важно выявление латентно - персистирующих инфекций, склонных к реактивации во время беременности.

Достаточно часто у доношенных новорожденных диагностируется задержка внутриутробного развития (ЗВУР), определяющая во многом уровень частоты заболеваемости и смертности детей. Несмотря на то, что основной причиной ЗВУР являются так называемые плацентарные факторы (в основном инфекционно-воспалительные состояния плаценты), причины ЗВУР до сих пор рассматриваются то с позиций наследственных заболеваний, то алиментарных или экологических факторов, значение которых, скорее всего, минимально.

В структуре причин младенческой смертности на первое место по частоте вышли в последние годы врожденные пороки развития, что связано как с улучшением диагностики, так и с ростом внутриутробных инфекций, на который указывают многие авторы.

Таким образом, при наличии многочисленных и бесспорных с точки зрения доказательной медицины фактов, свидетельствующих об основной роли инфекций в заболеваемости и смертности плода и новорожденного, результаты фундаментальных исследований так и не спроецировались на практическое здравоохранение в виде разработки и реализации целенаправленных мер по снижению инфекционной патологии матери и ребенка. В этой связи необходимо определить основные вопросы, решение которых обусловит интеграцию научных, клинических и организационных подходов и единые оценки в принятии эффективных мер.

Тиметова А.М., Турсынбаева А.С., Амиреев С.А.

АНАЛИЗ ДОЛИ РЕЦИДИВОВ ТУБЕРКУЛЕЗА И ВРЕМЕННОГО ИНТЕРВАЛА ВОЗНИКНОВЕНИЯ РЕЦИДИВОВ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

г. Алматы, Республика Казахстан

На фоне значительного снижения показателей заболеваемости туберкулёзом (ТБ) в Казахстане, в период 2003 по 2012 гг., с 160,4 до 81,7 на 100 тыс. населения соответственно, отмечен рост показателя возникновения рецидивов с 35,6 в 2003 г. до 40,4 – в 2012 г. В современных условиях для предотвращения роста повторно леченных случаев ТБ, важно изучить долю случаев рецидива среди

успешно завершивших лечение новых случаев, а также установить временной интервал развития рецидивов.

Проведен анализ Национального регистра больных ТБ (НРБТ) за 2007-2011 гг. в статистической программе «SPSS», версия 16. В НРБТ были прослежены новые случаи (НС) ТБ, у которых лечение было завершено успешно, вне зависимости от бактериологического статуса, проанализировано у скольких из них в последующем были зарегистрированы рецидивы, а также через какой промежуток времени они возникли. В начале 2013 г. НРБТ был переведен в программное обеспечение в режиме онлайн. Это привело к трудности слияния баз данных 2007-2012 гг. с последующей версией. В результате этого данный анализ был возможен лишь на начало 2013 г.

В 2007-2011 гг. всего было зарегистрировано 79 909 НС. Из них в 2007 году было зарегистрировано 16 486, в 2008 г. – 17951, в 2009 г. – 15937, в 2010 г. – 15097, в 2011 г. – 14238 НС ТБ.

При анализе доли возникновения рецидивов было обнаружено, что через 5 лет из зарегистрированных НС в 2007 году, для которых лечение было успешно завершено, рецидив наступил в 10,6%, через 4 года, среди НС в 2008 г., рецидив возник в 9,8%, через 3 года, у НС 2009 г., рецидив был обнаружен у 8,7%, через 2 года, у НС 2010 г., рецидив был обнаружен у 6,5%, через 1 год у НС 2011 г. – доля рецидива составила 4,1%.

При анализе временных интервалов наступления рецидива через 5 лет, из зарегистрированных НС, в 2007 г. установлено, что у большей половины пациентов (51,4%) регистрируются рецидивы в первые 2 года после завершения лечения, а затем наблюдается ежегодное снижение наступления рецидивов с 16,7% в 3-ий год до 4,5% в 6-ой год после завершения лечения. При анализе через 4 года установлено, что у большей половины пациентов (59,3%) регистрируются с рецидивом в первые 2 года после завершения лечения, и затем наблюдается ежегодное снижение наступления рецидивов с 20,2% в 3-ий год до 5% в 5-ый год после завершения лечения. При анализе через 3 года установлено, что 70,4% регистрируются с рецидивом в первые 2 года после завершения лечения. При анализе через 2 года 83,9% регистрируются с рецидивом в первые 2 года после завершения лечения. При анализе через 1 год 67,7% регистрируются с рецидивом в первый год и остальные 27,3% на 2-ой год после завершения лечения.

Заключение. При анализе показателя доли рецидивов среди успешно завершивших лечение НС показал, что через 5 лет доля рецидивов в Казахстане является высоким - 10,6%. Больше половины рецидивов возникают в течение первых 2-х лет.

Турдалина Б.Р., Тулегенова Г.К., Баешева Д.А.

ПУТИ СДЕРЖИВАНИЯ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Астана, Республика Казахстан

Проблема роста развития антибиотикорезистентности в настоящее время приобретает глобальный характер, в связи с этим требует повсеместного решения данного вопроса. В стационарах антибиотикорезистентность требует разработки стратегии по ее предотвращению и сдер-

живанию, которая бы включала несколько направлений. Одним из направлений по стратегии сдерживания в стационаре является внедрение антибактериальной карты в условиях ГДИБ г. Астаны. При бактериальной этиологии заболевания или наслоении вторичной флоры на острую респираторно-вирусную инфекцию проводится антибактериальная терапия. В настоящее время многообразие различных антибиотиков, их форм создало проблему выбора оптимального режима лечения, отвечающего современным требованиям эффективности и безопасности больных.

Цель исследования: проанализировать рациональное использование антибиотиков у больных с острыми респираторными инфекциями на фоне осложнений.

Методом случайной выборки проводился ретроспективный анализ 3500 историй болезней детей, проходивших лечение в вирусном отделении Городской детской инфекционной больницы г. Астана за период с 2007 по 2014 г.

Показаниями к назначению антибактериальной терапии были клинические и лабораторные данные (в гемограмме – лейкоцитоз, нейтрофиллез со сдвигом влево, ускоренное СОЭ) у обследованных больных. Для качественной и количественной оценки антибактериальной терапии была внедрена антибактериальная карта пациента. На основании анализа антибактериальной карты проводился фармакологический мониторинг используемых антибиотиков. В результате анализа антибактериальных карт установлено, что за период с 2010 г. по 2014 г. по сравнению с 2007-2009 гг. преимущественно этиотропная терапия проводилась посредством одного-двух антибиотиков. Применение 3 антибиотиков: 2007 г. – 26%, 2008 г. – 28%, 2009 г. – 22%, 2010 г. – 10,2%, 2011 г. – 7,4%, 2012-2013 гг. – 5,4%, 2014 г. – 2,1%. Применение 2 антибиотиков: 2007 г. – 33,2%, 2008 г. – 32%, 2009 г. – 31%, 2010 г. – 16,1%, 2011-2013 гг. – 16,8%, 2014 г. – 7,7%. Применение 1 антибиотика: 2007 г. – 36,4%, 2008 г. – 35,2%, 2009 г. – 38,1%, 2010 г. – 67%, 2011-2013 гг. – 67%-70% соответственно, в 2014 г. – 73,4%. С 2010 г. не использовался ряд антибиотиков с длительным применением в течение 5 лет и более, например: синтетические пенициллины и их комбинация с гентамицином. Уменьшение ассортимента антибактериальных препаратов способствовало их ротации и циклическому использованию, а также к снижению резистентных штаммов микроорганизмов. Параллельно с этим было отмечено существенное снижение количества летальных исходов в 2010-2014 гг. по сравнению с 2007-2009 годами. (0,4% – в 2007 г., 0,3% – в 2008 г., 0,2% – в 2009 г., 0,06% – в 2010 г., 0,03% – в 2011 г., 0,07% – 2012 г., 0,15% – 2013 г., 0,06% – 2014 г.).

Выводы. Таким образом, внедрение антибактериальных карт способствовало рациональному использованию антибактериальных средств, что повлияло на значительное снижение летальности в стационаре: в 2011 году в 2 раза по сравнению с 2010 годом и в 13 раз по сравнению с 2007 годом. С 2011 по 2014 г. уровень летальности с небольшими колебаниями находится на низком уровне. А также повысилось качество этиотропной терапии, за счёт снижения необоснованной полипрагмазии и налажена преемственность в использовании антибиотиков на всех этапах медицинской помощи в стационаре.

*Тьесова-Бердалина Р.А., Баймуратова М.А.,
Рысмамбетова Г.А.*

**КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ И КАЧЕСТВЕННЫЕ
ХАРАКТЕРИСТИКИ ФАКТОРОВ РИСКА,
СПОСОБСТВУЮЩИХ РАСПРОСТРАНЕНИЮ
ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ЛИЦ В ВОЗРАСТЕ
20-39 ЛЕТ**

г. Алматы, Республика Казахстан

В настоящее время проблема ВИЧ-инфекции остается одной из актуальных в общественном здравоохранении и влечет за собой широкомасштабные социальные, экономические, политические последствия, которые требуют безотлагательных мер (Карабеков А.Ж., 2000; Шарман А., 2006; Отчет СНГ по «Оценка пандемии ВИЧ/СПИДа»,

Москва, 2008; Сапарбеков М.К., 2008; Тьесова-Бердалина Р.А., 2006, 2012, 2013, 2014). Объединенная Программа ООН по ВИЧ/ СПИД (ЮНЭЙДС) к концу 2015 года прогнозирует в мире свыше 60 млн. человек, инфицированных ВИЧ. В Казахстане на 1 января 2014 г. нарастающим итогом зарегистрировано 21772 ВИЧ-инфицированных, умерло 1452 больных СПИДом.

ВИЧ-инфекция имеет многофакторный, легко реализуемый механизм заражения, обеспечивающий возможности широкого распространения преимущественно среди молодого, активного, трудоспособного контингента населения. ВИЧ-инфекция проникает в различные социально-возрастные слои населения. Основной контингент инфицированных составляют неработающие лица, среди которых в своем большинстве – потребители инъекционных наркотиков, принадлежащие к менее обеспеченной социальной категории населения и заключенные. Однако растет доля работающих и служащих среди зарегистрированных ВИЧ-инфицированных, что объясняется изменением структуры путей передачи. В последние годы необходимо отметить, что в динамике увеличивается доля сельских жителей в структуре выявленных случаев. Это может объясняться увеличением внутренней миграции людей в поисках лучше оплачиваемой работы: из сел в города, из одних регионов – в крупные города и столицы.

Цель исследования. Определить приоритетные факторы риска, способствующие распространению ВИЧ-инфекции среди лиц в возрасте 20-39 лет для формирования приоритетов управленческих действий.

Задачи исследования. Изучить уровни распространенности и динамику эпидемии ВИЧ-инфекции среди населения в возрасте 20-39 лет, проживающего в Алматинской области за период 2010-2014 гг. Оценить качественно и количественно факторы риска, способствующие распространению ВИЧ-инфекции среди лиц в возрасте 20-39 лет. Предложить приоритетные меры по снижению риска ВИЧ-инфицирования среди изучаемой группы населения

Методы исследования. Эпидемиологический (ретроспективный, проспективный) анализ; Социально-гигиенический (опросно-анкетный) метод; Статистическая обработка материала.

Предполагаемые результаты: будет данна оценка уровню распространенности и динамики эпидемии ВИЧ-инфекции среди лиц 20-39 лет на территории Алматинской области. Определены факторы риска, способствующие развитию ВИЧ-инфекции, среди лиц 20-39 лет. Будут

предложены мероприятия по совершенствованию профилактики ВИЧ-инфекции среди населения.

Усова О.П.

**РЕЗУЛЬТАТЫ НАЦИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ
ВНЕШНЕЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА
ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ СИФИЛИСА В
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

Бишкек, Кыргызская Республика

Нарушение прежней структуры дерматовенерологической службы с отлаженной системой контроля каждого случая сифилитической инфекции и широкий отток больных в сферу частной и «теневой» медицины способствуют сохранению неблагоприятной ситуации по заболеваемости сифилисом в Кыргызстане. Фактическое состояние заболеваемости значительно превышает данные официальной регистрации этой инфекции. На этом фоне лабораторной службе отводится одно из ведущих мест в установлении диагноза, а обеспечение качества лабораторного анализа становится необходимым условием для получения достоверной лабораторной информации. Внешняя оценка качества (ВОК) является одной из составляющих обеспечения надежного лабораторного результата и имеет целью выявить общие проблемы лабораторий для разработки и реализации эффективных мер по совершенствованию диагностики, как на уровне отдельных лабораторий, так и на государственном уровне.

Целью данного исследования явился анализ результатов национальной программы ВОК на сифилис за период 2008 – 2014 гг.

Программа ВОК проводилась с помощью разработанной нами стандартной панели сывороток, состоящей из негативных и позитивных образцов, содержащих антитела к *Trepanema pallidum* в концентрациях 0,8 МЕ/мл, 0,6 МЕ/мл. и 0,4 МЕ/мл.

Результаты оценки ВОК демонстрируют рост числа лабораторий, сработавших без ошибок при использовании реакции микропреципитации (РМП) с 8,3% (2/24) в 2008 г. до 86,4% (38/44) в 2014 г., при использовании Rapid Plasma Reagins test (RPR-test) – с 33,3% (4/12) до 92,2% (59/64), при использовании реакции пассивной гемагглютинации (РПГА) – с 11,1% (1/9) до 100% (30/30). Стабильно высокими на протяжении семи лет оставались результаты лабораторий, использующих метод иммуноферментного анализа (ИФА). Доля лабораторий, сработавших без ошибок при использовании ИФА, выросла с 90% (9/10) до 100% (15/15). Процент лабораторий, показавших правильные результаты при использовании не рекомендованной в Кыргызстане реакции связывания комплимента (РСК) варьировал от 0 (0/7) в 2008 г. до 50 (1/2) в 2014 г.

Внедрение и функционирование национальной программы ВОК способствовало росту числа лабораторий, использующих более чувствительные и специфичные серологические методы диагностики сифилиса. Так, произошло увеличение числа лабораторий, использующих метод РПГА с 24% в 2008 г. до 37,5% в 2014 г. и метод РПР с 32,4% до 80%. В то же время наблюдается снижение числа лабораторий, использующих менее чувствительные тесты РМП и РСК с 65% и 18,9% в 2008 г до 55% и 2,5% в 2014 г. соответственно.

Хикматуллаева А.С.

IL28B, КАК ПРЕДИКТОР ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ В ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ

Ташкент, Узбекистан

Цирроз печени (ЦП) является одним из вариантов исхода хронических заболеваний печени. Несмотря на очевидные успехи в гепатологии, у части больных хроническими вирусными гепатитами, заболевание незаметно переходит в ЦП и выявляется только на этой стадии. При этом, довольно часто, нет клинических или лабораторных признаков прогрессирования заболевания. Важно заметить, что более чем у 50% больных манифестация болезни может происходить только в декомпенсированной стадии, наличие которой свидетельствует о неблагоприятном прогнозе заболевания, когда более чем у 70% больных в качестве единственного метода лечения предлагается трансплантация печени, проведение которой ограничено по ряду причин (Калинин А.В., 2001; Ковалева Л.И. и др., 2003.).

В этой связи одной из наиболее важных проблем современной медицины является изучение предикторов прогрессирования хронических вирусных гепатитов в ЦП. В последние годы активно ведется поиск генетических детерминант в качестве ранних маркеров риска развития ЦП. Анализ литературных данных показал, что имеется спектр кандидатных генов, возможно, оказывающих влияние на формирование ЦП при хронических вирусных гепатитах (Clarc P., Thompson A. et al., 2011).

Цель исследования. Изучить влияние генетических вариаций IL28B гена на риск развития цирроза печени и возможность прогноза исхода заболевания у HBV и HDV инфицированных пациентов.

Для оценки влияния IL28B rs8099917 SNP среди исследуемых групп определялся генотип rs8099917 в IL28B локусе TaqMan SNP генотипированием у 80 лиц, в том числе 62 пациента с ЦП, ассоциированным с HDV инфекцией и 18 больных ЦП HBV этиологии. Длительность и выраженность заболевания была различной. Всем больным проводили общепринятые биохимические, серологические и молекулярно-генетические исследования. Генотип rs8099917 IL28B локуса определяли в реакции циклического сиквенса с использованием праймеров, адаптированных для определения генотипов SNP rs8099917.

Мужчин с HDV ЦП было 30 (48,4%), женщин 32 (51,6%). Возраст больных был от 17 до 56 лет, в среднем $31,2 \pm 1,6$ и $36,8 \pm 1,9$ лет соответственно. При HBV инфекции мужчин было 10 (54,6%), женщин 8 (44,4%). Средний возраст составил $45,3 \pm 2,5$ года.

Степень поражения печени оценивали по шкале Child-Pugh. Отнесены к классу А 10 (55,6%), к классу В-6 (33,3%) и к классу С-2 (11,1%) пациентов с HBV инфекцией. Большую часть пациентов с ЦП составляют HDV инфицированные больные. HDV цирроз печени в отличие от HBV ЦП протекал более остро, с выраженными клиническими проявлениями и частыми обострениями. Прогрессирование процесса происходило быстрее и выражение класс А по Child-Pugh определен у 17 (27,4%), В – 19 (30,6%), класс С у 26 (42,0%) больных.

Анализ SNP rs8099917 гена IL28B показал, что в данном исследовании у больных ЦП вследствие гепатита Д, Т аллель была мажорной, а G – минорной. У 40 человек

(64,5%) выявлен rs8099917 ТТ генотип, TG гетерозиготный генотип определялся у 20 (32,3%), GG генотип у 2 (3,2%) пациентов. При ЦП в исходе вирусного гепатита В генотипы распределялись следующим образом: rs8099917 ТТ генотип в 16,7%, гетерозиготный TG генотип определялся в 83,3% случаев и ни у одного больного не выявлялся GG генотип.

Результаты проведенных исследований показали, что распределение генотипов при ЦП индуцированных HDV значительно отличалось от ЦП HBV этиологии, как по rs8099917 ТТ генотипу ($P < 0,001$), так и по rs8099917 TG генотипу ($P < 0,001$). Традиционные факторы риска развития ЦП мало влияли на исход хронических вирусных гепатитов.

Выводы: Геномный скрининг SNP в rs8099917 IL28B гена позволяет разработать стандартный подход к прогнозированию индивидуальной предрасположенности к HDV инфекции и к возможности риска развития ЦП.

Необходимо продолжить дальнейшее изучение значимости в прогрессии хронического гепатита Д rs8099917 IL28B гена, как предиктора возможного формирования ЦП.

Хоперскова А.П., Тихомиров Д.С., Гаранжа Т.А., Чеботарева Т.А.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА У ДЕТЕЙ

Москва, Россия

Клиническую картину с доминированием лимфопролиферативного синдрома, лихорадки, интоксикации, гепатоспленомегалии, синдрома экзантемы с характерными изменениями состава крови, в практике врача принято обозначать, как инфекционный мононуклеоз (ИМ). К этиологически значимым агентам, вызывающим инфекционный мононуклеоз, относят представителей семейства *Herpesviridae* (вирус Эпштейна – Барр (EBV), цитомегаловирус (HCMV), вирус герпеса человека 6 типа (HHV6)). Актуальность проблемы ИМ связана с широким распространением его возбудителей среди населения составляет около 100 %, а среди детей, по данным ВОЗ, инфицированность составляет около 50 %. Это обуславливает возможность одновременного участия нескольких вирусов в этиологии заболевания как в виде смешанной первичной инфекции, так и в виде комбинированной, когда первичная встреча с новым вирусом является триггером активации уже присутствующего в организме. Несмотря на широкое внедрение современных методов диагностики герпесвирусных инфекций в клинику, нет единого понимания как оптимального объема их применения, так и трактовки результатов исследований. Указанные недостатки лабораторной диагностики этиологии ИМ затрудняют выбор этиотропного и иммунопатогенетического лечения, особенно при атипичных вариантах заболевания.

Цель: Оценить применение и эффективность диагностики ИМ с типичной и атипичной клинической картиной у детей методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) в сравнении со стандартным методом иммуноферментного анализа (ИФА).

В исследование включены 130 детей в возрасте от 15 ме-

сяцев до 16 лет. У подавляющего большинства пациентов отмечался атипичный вариант ИМ – в 82% случаев, тогда как типичный вариант только у 18% детей. Маркеры активных герпесвирусных инфекций (ГВИ) были выявлены у 110 (84,6%). Чаще других в крови выявлялись маркеры активной EBV-инфекции (EBV DNA в 45,1% образцов, IgM-VCA-EBV – в 41,4%). Реже выявлялась DNA HHV 6 – в 46,6% образцов. Еще реже – IgM-HCMV (18,8%) и DNA HCMV (2,3%). В каждом четвертом образце крови одновременно были выявлены маркеры активных EBV- и HHV 6-инфекций. В 14,5% образцов обнаруживались маркеры активных EBV- и HCMV-инфекций. В 7,2% образцов выявлены маркеры сразу трех активных ГВИ. Выявленной особенностью явилась низкая вирусная нагрузка в подавляющем большинстве образцов, которая находилась в области значений <500 копий геном-эквивалент/10⁵ лейкоцитов, однако в единичных образцах концентрация вирусспецифической ДНК составляла 10³-10⁴ копий. Вместе с тем, статистических различий взаимосвязи с низкой и высокой вирусной нагрузкой в крови с клинико-лабораторными признаками ИМ установлено не было (точный критерий Фишера <0,05), что у данной категории больных указанные величины следует трактовать как эквивалент активной репликации вируса.

Выводы. При инфекционном мононуклеозе маркеры активных герпесвирусных инфекций обнаруживаются в 85% случаев. При этом в клинике выявлены этиологические различия, демонстрирующие, что основным возбудителем типичного ИМ является EBV, а при атипичном варианте течения болезни (мононуклеозоподобное заболевание) – моноинфекция HHV6 и смешанная EBV- и HHV6 - инфекция. Применение метода ПЦР в диагностике ИМ дает возможность более раннего выявления маркеров активного вирусного процесса (ДНК), когда количество противовирусных антител недостаточно для определения в ИФА. На более поздних фазах инфекционного процесса более информативен ИФА-метод. Таким образом, учитывая иммунопатогенез ГВИ, возрастные особенности иммунитета для дифференциальной диагностики ИМ у детей обосновано применение 2-х лабораторных методик.

Хорошилова И.А., Гранитов В.М., Киушкина И.Н., Оловяников С.П., Егерева М.С.

ТУБЕРКУЛЕЗ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ

г. Барнаул, Россия

ВИЧ-инфекция является одним из серьезных факторов риска развития туберкулеза. Существенно затрудняет диагностику и лечение больных сочетание туберкулеза с другими вторичными заболеваниями.

Цель исследования: оценить особенности течения и диагностики туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией.

Проанализировано 138 историй болезни больных ВИЧ-инфекцией. Возраст больных составлял от 21 до 55 лет (средний возраст – 33±0,5 лет). Койко-день в стационаре – 20,5±1,4. Анализ профессиональной занятости выявил 71,7% не работающих лиц. У 4 больных диагностирована 2А стадия ВИЧ – инфекции, у 17- стадия 2Б, у 2-х – стадия 2В, у 39 – 3 стадия, у 14 – стадия 4А, у 52 – стадия 4Б, у 10 – стадия 4В. 33,3 % пациентов имели количество CD4-лимфоцитов менее 200 клеток/мкл. Боль-

ным проводилось комплексное лабораторно-инструментальное обследование, включая рентгенографию легких, компьютерную томографию легких и головного мозга, микробиологическое исследование мокроты на обнаружение микобактерий туберкулеза (МБТ), тестирование на маркеры вирусных гепатитов, УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ, ЭХО-КГ, лабораторная диагностика вторичных инфекционных заболеваний, а также консультация пульмонолога и фтизиатра.

Туберкулез диагностирован у 22% (n=30) больных ВИЧ-инфекцией. Всем пациентам диагноз туберкулеза был установлен в стационаре при обращении. В 47% случаев туберкулез был выявлен при рентгенологическом исследовании. В группе больных с туберкулезом на фоне ВИЧ-инфекции у 1 диагностирована 2Б стадия заболевания, у 3-х – 3 стадия, у 3-х – стадия 4А, у 20 – стадия 4Б, у 3-х – стадия 4В. Анализ клинической картины показал, что у всех пациентов клиническая симптоматика туберкулеза развивалась остро с быстрым нарастанием интоксикационного синдрома, который характеризовался лихорадкой с повышением температуры до фебрильных цифр, ознобом, слабостью, потливостью. У 53% (n=16) пациентов имело место сочетание туберкулеза и других вторичных заболеваний (кандидоз, ЦМВ – инфекция, септическая пневмония, эндокардит, опоясывающий лишай, хронический гепатит С, микст гепатит В и С, с трансформацией в цирроз). МБТ в мокроте обнаружены в 17% (n=5) случаев. На основании инструментальных методов диагностики диссеминированный туберкулез легких выявлен у 53% (n=16) больных, инфильтративный – у 10% (n=3), милиарный – у 13% (n=4), очаговый – у 6% (n=2), туберкулезный плеврит – у 6% (n=2). Внегочные локализации туберкулезного процесса характеризовались поражением органов брюшной полости одновременно с поражением легких у 2 больных, периферических лимфатических узлов – у 2-х, формированием туберкулезного менингоэнцефалита – у 1. Исследование показателей иммунного статуса проведено у 87,2% (n=21) пациентов. У 37% (n=11) пациентов количество CD4-лимфоцитов менее 200 клеток/мкл. В этой группе больных диагностированы внегочные формы туберкулезного процесса и чаще туберкулез сочетался с другими вторичными заболеваниями.

Таким образом, своевременная постановка диагноза ВИЧ-инфекции позволяет выявлять больных, входящих в группу высокого риска заболевания туберкулезом. При снижении количества CD4-лимфоцитов менее 200 клеток/мкл возрастает вероятность появления туберкулеза легких и внегочных форм. Для выявления туберкулезного процесса необходимо комплексное лабораторно-инструментальное обследование, а для его предотвращения раннее назначение АРВТ.

Черепанова Е.А., Чернявская О.П.

РОТАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Москва, Россия

Эпидемиологическая и социально-экономическая значимость ротавирусной инфекции (РВИ) определяется ее широким распространением, в т.ч. преимущественно среди детей раннего возраста, вспышечной заболеваемо-

стью, а также недостаточной эффективностью проводимых профилактических и противоэпидемических мероприятий.

Ежегодно на территории Российской Федерации регистрируется более 100 тыс. случаев РВИ, показатель заболеваемости в 2014 г. составил 74,9 на 100 тыс. населения. С 2000 г. заболеваемость в стране возросла более чем в 8 раз. Сохранение тенденции к росту заболеваемости связано в основном с улучшением регистрации инфекций за счет совершенствования лабораторной диагностики кишечных инфекций в целом. Так, по данным статистического наблюдения, только в период с 2005 по 2010 годы количество лиц с подозрением на РВИ, обследованных серологическими и молекулярно-биологическими методами, возросло более чем в 2 раза.

В результате удельный вес РВИ в структуре регистрируемых острых кишечных инфекций (ОКИ) за последние 15 лет увеличился более чем в 6 раз, и составил в 2014 г. 13%. Доля РВИ среди подтвержденных ОКИ в настоящее время составляет в среднем 40%, а среди кишечных инфекций вирусной этиологии – около 90%.

Высокая заболеваемость РВИ, выявляемая на ряде территорий, отражает не столько активность эпидемического процесса, сколько эффективность работы по выявлению заболевших, в т.ч. возможности лабораторно-диагностической базы.

По результатам надзора выявлено, что группой риска является детское население. Так, удельный вес детей до 14 лет в возрастной структуре заболеваемости РВИ за исследуемый период, составил в среднем 90%, из них детей до года – 25%, детей 1-3 лет – 42%.

С начала введения регистрации вспышечной заболеваемости РВИ в 2005 г. на территории Российской Федерации зарегистрировано более 1700 вспышек с общим числом заболевших более 18 тыс. человек, среди которых 89,2% составили дети. При этом преобладающее число заражений детей связано с посещением дошкольных образовательных учреждений (81,1%) и медицинских организаций (7,1%).

При исследовании проб воды централизованного и нецентрализованного водоснабжения ежегодно ротаантител выявлялся в среднем 2,1%. В сточных водах он обнаруживался в 4% исследованных проб, в воде открытых водоемов в 3,5%, исследованные продукты и продовольственное сырье было контаминировано в 2,9%.

Таким образом, надзор и контроль за РВИ на современном этапе требует широкого внедрения методов экспресс-диагностики, а также совершенствования профилактических мероприятий. С этой целью с 2014 г. в Российской Федерации в календарь профилактических прививок внедрена вакцинация против РВИ по эпидемическим показаниям.

Шайзадина Ф.М., Брицкая П.М., Альшева Н.О., Кантемиров М.Р., Омарова А.О.

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ

г. Караганда, Республика Казахстан

Актуальность изучения проблемы вирусных гепатитов связана с их высокой социальной, клинико-эпидемиологической и экономической значимостью. Из всех нозоло-

гических форм вирусных гепатитов наиболее распространенными в Казахстане являются – ВГА и ВГВ.

Целью работы явилась изучение особенностей проявления эпидемического процесса вирусных гепатитов среди населения.

Проведен ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости вирусными гепатитами, с использованием учетно-отчетной документации ДКГСЭН за 2006-2012 гг. Используются методы эпидемиологической диагностики, статистическая обработка в программе Microsoft Excel.

Анализ многолетней динамики заболеваемости вирусным гепатитом А показал, снижение заболеваемости в 3,9 раз с 2006 года по 2012 г.. Высокие показатели заболеваемости регистрируются в 2006 и 2007 (35,1‰ и 26,8‰ соответственно). Отмечены низкие показатели в 2010 г. и 2012 гг. соответственно – 9,5‰, – 8,8‰. Однако в 2011 году наблюдался подъем заболеваемости до 13,4‰. Для эпидемического процесса ВГА характерна выраженная тенденция к снижению, темп снижения -10,3%. Прогнозируемый уровень заболеваемости на ближайшее время в пределах 5,8-3,3‰.

Анализ многолетней динамики заболеваемости хроническими вирусными гепатитами (ХВГ) показал, что наблюдается рост заболеваемости на 6,9%. Показатель заболеваемости составил – 43,1‰. Среди ХВГ показатель вирусного гепатита В составил – 6,1‰, вирусного гепатита С – 37,0‰. Все случаи ВГВ и ВГС подтверждены обнаружением маркеров анти-НВс IgM, НвсAg, анти-НСV, НВсAg. Рост впервые выявленных хронических вирусных гепатитов С объясняется улучшением этиологической расшифровки вирусных гепатитов, проведением скринингового обследования подлежащих контингентов.

По возрастной структуре заболеваемость ВГА среди взрослых составила по 50%. Среди детей до 14 лет заболеваемость составила - 50%, в том числе у школьников – 57,1%, у неорганизованных детей – 42,9%. Заболеваемости среди организованных детей дошкольного возраста не зарегистрировано. Пораженность школ составила 15,6%, в которых зарегистрированы единичные случаи. Наиболее пораженной возрастной группой являются дети 5-9 летнего возраста, показатель заболеваемости составил - 39,7 случаев на 100 тысяч населения. Ведущий путь передачи ВГА контактно-бытовой, который регистрируется в – 71,5%, затем водный путь – 21,4%.

В возрастной структуре заболеваемости хронических вирусных гепатитов основную долю заболеваемости составляют лица в возрасте 30-39 лет – 38,5% , 50-59 лет – 21,8% и 40-49 лет –20,5%. В 52,6% – это контингент не работающие, ведущие асоциальный образ жизни. Из эпидемиологического анамнеза больных в течение жизни установлены основные пути передачи инфекции: потребители инъекционных наркотиков – 19,2%, беспорядочные половые связи – 39,7%, различные манипуляции, гемотрансфузии в лечебных учреждениях – 24,4%, татуировки, обряды – 16,7%.

Таким образом отмечается снижение заболеваемости вирусным гепатитом А населения, в тоже время наблюдается рост заболеваемости хроническими вирусными гепатитами, в том числе ВГВ и ВГС.

*Шайзадина Ф.М., Брицкая П.М., Альшеева Н.О.,
Кантемиров М.Р., Омарова А.О.*

СТРАТЕГИЯ БОРЬБЫ С КОРЬЮ

г. Караганда, Республика Казахстан

Корь, несмотря на более чем 30-летнюю историю вакцинопрофилактики, остается важной проблемой здравоохранения не только в развивающихся странах, но и в ряде развитых стран. По данным ВОЗ ежегодно во всем мире от кори умирает свыше 10 млн. детей. Основной причиной смертности от кори являются возникающие осложнения в виде пневмонии, энцефалитов, склерозирующих панэнцефалитов, менингитов.

Целью работы явилось определение эффективности профилактических мероприятий, способствующих возможности элиминации кори.

Материалы и методы: использованы данные официального учета заболеваемости кори населения РК и ДКГСЭН Карагандинской области за 1992-2012 гг., учетно-отчетной документации по профилактическим прививкам.

Анализ многолетней динамики заболеваемости корью в городе выявил, что в течение ряда лет заболеваемость не регистрировалась. Интенсивный показатель заболеваемости корью выглядел следующим образом: в 1992 году – 1,7, в 2001г. – 0,5, в 2002 г. – 0,6, в 2004 г. – 1,2 и в 2005 году – 56,9. С 2006 по 2013 годы в городе не было ни одного случая болезни. Этому способствовал высокий охват (99%) профилактическими прививками детей в возрасте 1 год и 6 лет.

Многолетний опыт применения противокоревой вакцины свидетельствует, что наиболее успешной стратегией борьбы с корью является сочетание плановой иммунизации с кампанией массовой прививки. Только такая стратегия позволяет прервать пути распространения колевой инфекции.

Вторым важным элементом по борьбе с корью является эффективный эпидемиологический надзор, направленный на определение тенденции динамики заболеваемости в территориях высокого риска и проведение мероприятий по выявлению каждого случая кори с обязательным лабораторным подтверждением подозрительного случая этой инфекции.

В целях правильного составления плана прививок нами проводилось обучение медработников, занимающихся иммунопрофилактикой на всех уровнях с аттестацией и выдачей удостоверений допуска к проведению прививок. В этих целях при каждой поликлинике города созданы комиссии по проведению аттестации медработников по иммунопрофилактике.

Также были созданы и функционируют комиссии по рассмотрению длительных медицинских отводов от прививок детей. Данные комиссии возглавляют заведующие педиатрическими отделениями, с привлечением узких специалистов. Дети, имеющие противопоказания к прививкам, обязательно осматриваются специалистами, и решается вопрос снятия или продления медицинских отводов от прививок.

Внедрение интегрированного эпидемиологического надзора за корью, краснухой и синдромом врожденной краснухи, позволил каждому подозрительному на заболевание пройти лабораторное вирусологическое обследование.

Вопросы иммунопрофилактики широко освещаются в средствах массовой информации, а именно на телеканалах местного телевидения, радио, печатных изданиях.

Выводы. Высокий охват целевых групп населения профилактическими прививками, проведение дополнительной иммунизации восприимчивого контингента и организация интегрированного эпидемиологического надзора позволит возможной региональной элиминации кори в Карагандинской области.

Шакиева Л.А., Джумагулова Г.А., Утепбергенова Г.А.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТИВОВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С

г. Шымкент, Республика Казахстан

С 2010 года в РК проводится лечение детей, медицинских работников, с 2011 года начато лечение взрослых, инфицированных вирусами гепатита «В» и «С» современными противовирусными препаратами, согласно международным стандартам лечения с учетом индивидуальных особенностей пациентов в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.

Цель исследования: Изучить эффективность пегилированных интерферонов в комбинации с рибавирином у больных хроническим гепатитом С (ХГС), ранее не получивших противовирусную терапию (ПВТ).

С 2011 г Peg-IFN и RBV входят в перечень бесплатного лекарственного обеспечения, а оказание помощи пациентам с хроническим гепатитом регламентируется соответствующим Приказом Министерства Здравоохранения. Цель проведения этиотропной терапии ХВГ- подавление вирусной репликации, эрадикация вируса из организма и прекращение инфекционного процесса. Достижение УВО (устойчивого вирусологического ответа), то есть отсутствия вируса в крови через 24 недели (6 месяцев) после проведения противовирусного лечения является основой замедления прогрессирования заболевания, регрессии патологических изменений в печени, предупреждения формирования цирроза печени и первичной гепатоцеллюлярной карциномы. С 2011 по 2014 гг. по Государственной программе в гепатоцентре Шымкентской городской инфекционной больницы получили противовирусное лечение 224 пациентов с хроническим вирусным гепатитом С. Проведена ретроспективная оценка результатов противовирусного лечения по Государственной программе «Саламатты Казахстан» с мая 2011 года по январь 2015 года в гепатоцентре Шымкентской городской инфекционной больницы, закончивших ПВТ – 224 больных, среди которых было 84 (37,5%) мужчин и 140 (62,5%) женщин. Все пациенты получали пегилированные интерфероны 1 раз в неделю и рибавирин в зависимости от массы тела из расчета 15 мг/кг в сутки. Продолжительность лечения составила 48 нед для пациентов с 1м генотипом вируса гепатита С (ВГС) и 24 нед – для пациентов со 2м и 3а генотипами ВГС.

Результаты и обсуждение: устойчивый вирусологический ответ (УВО) – отсутствие детекции РНК ВГС после завершения лечения достигнут у 152 больных (67,8%). Отсутствие ответа от ПВТ наблюдалось у 35 из 224 (15,6%) больных, в основном это больные с 1 генотипом вируса гепатита С – 23 (65,7%) больных, с 3 генотипом

ХВГС – 10 (28,5%) больных, со 2 генотипом – 2 (5,8%) больных. По причине развития различных побочных действий препаратов, хорошо известных при назначении пегилированных интерферонов, ПВТ приостановлена у 6 (4,9%) больных, из них у 3 (50%) пациентов отмечалась выраженная тромбоцитопения, лейкопения; у 1 (16,6%) пациентки на 7 неделе лечения развилась декомпенсация цирроза печени, у 2 (33,4%) пациентов отмечались выраженные кожные проявления. Из закончивших лечение рецидив наблюдался у 8 (6,5%) больных: 5 больных с 1м генотипом (4,1%) и 3 пациента с 3м генотипом (2,4%).

Выводы: С 2011 года впервые на территории РК пациенты с хроническими вирусными гепатитами стали обеспечиваться противовирусными препаратами в соответствии с общепринятыми стандартами, т.е. пегилированным интерфероном и рибавирином, в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи. На базе городской инфекционной больницы в гепатоцентре пролечено 224 больных с хроническим вирусным гепатитом С. Авирия у больных с ХВГС после ПВТ достигнута в 67,8%, что соответствует мировым статистическим показателям.

Шапиева Ж.Ж., Егембердиева Р.А., Абдыбекова А.А.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОВРЕМЕННОЙ ЭПИДСИТУАЦИИ ПО ПАРАЗИТАРНЫМ БОЛЕЗНЯМ В КАЗАХСТАНЕ

г. Алматы, Республика Казахстан

В последние годы эпидситуация по паразитарной болезни населения республики характеризуется как относительно стабильная. Тенденция снижения уровня заболеваемости сохраняется на протяжении последних 10 лет, ежегодно – от 7,2 до 21,3%.

В 2014 году показатель общей паразитарной заболеваемости снизился на 7,2% и составил 114,7 случаев на 100 тысяч населения (2013г. - 123,6). В общей сумме случаев (21 нозологическая единица) ежегодно удельный вес гельминтозов составляет 81-82,5%, протозойных болезней – 17,5-18%.

В 2014 году снижена заболеваемость населения аскаридозом на 4,1%, энтеробиозом – 5,3%, описторхозом – 10,7%, лямблиозом – 11,9%, гименолепидозом – 20,6%, бластоцистозом – 1,45 раза; зарегистрирован рост единичных случаев трихинеллеза, тениаринхоза и токсокароза; осталась на уровне 2013 года заболеваемость эхинококкозом.

В сравнении по территориям повсеместно произошло снижение паразитарной заболеваемости, но в ряде областей показатели остаются высокими, превышая республиканский от 3,9 до 1,3 раза: это северный и западный регионы республики.

Ежегодно в общей сумме паразитарных заболеваний дети до 14 лет составляют больше 74,5%, в том числе преобладают учащиеся общеобразовательных заведений (48%) и неорганизованные дети (32,6%). Ситуация с высокой паразитарной пораженностью детей свидетельствует о систематических недостатках в комплексе профилактической работы в большинстве регионов.

В Казахстане паразитарные инвазии регистрируются во всех возрастных категориях и ведущими являются энтеробиоз, лямблиоз, аскаридоз, эхинококкоз, описторхоз.

Наиболее массовым контагиозным гельминтозом по-

прежнему остается энтеробиоз, удельный вес которого в общей структуре заболеваемости составляет более 65%, а показатель заболеваемости 75-79 случаев на 100 тыс. нас. В группе геогельминтозов актуальное значение имеет аскаридоз с показателем заболеваемости 8,5-9 случаев на 100 тыс. нас. В сумме случаев биогельминтозов преобладают описторхоз и эхинококкоз со средним показателем заболеваемости 5,3 и 4,7 случаев на 100 тыс. нас. соответственно.

Ежегодно до 82% случаев паразитарных заболеваний выявляются при проведении профилактических плановых осмотров с охватом более 4 млн. 300 тыс. чел. Средний показатель выявляемости в целом по республике составляет 0,3-0,4%. Проблемным вопросом является использование клинико-диагностическими лабораториями медицинских организаций недостаточно эффективных методик исследований, не позволяющих определить паразитарные инвазии с низкой интенсивностью. Кроме того, негосударственные медицинские центры продолжают практиковать нетрадиционные методы диагностики паразитарных болезней, которые не входят в номенклатуру исследований, а результаты являются недостоверными. Требуется развитие исследований по определению среди населения возбудителей токсокароза и кишечных протозоозов, а также тропических паразитарных болезней.

Шварёва О.А.

ВЫЯВЛЕНИЕ МАРКЕРОВ КРЫМСКОЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ МЕТОДОМ ИФА

г. Новосибирск, Россия

Крымская-Конго геморрагическая лихорадка (К-КГЛ) – острое вирусное заболевание, относящееся к зоонозам с природной очаговостью. Характеризуется двухволновой лихорадкой, общей интоксикацией и выраженным тромбогеморрагическим синдромом. Природный резервуар возбудителя – грызуны, крупный и мелкий рогатый скот, птицы, дикие виды млекопитающих, также сами клещи. Переносчиком и хранителем являются иксодовые клещи.

В настоящее время специфическую диагностику Крымской-Конго геморрагической лихорадки (К-КГЛ) осуществляют с помощью различных методов. Для выявления специфических антител в сыворотках крови человека и животных наиболее часто применяют иммуноферментный анализ (ИФА).

В ответ на вирусную инвазию в организме человека нарабатываются специфические антитела различных классов. Иммуноглобулины класса М (IgM) начинают регистрироваться с 4-6 дня заболевания, достигают максимальных титров к концу второй – началу третьей недели заболевания, и перестают выявляться к концу третьего месяца с начала заболевания. Иммуноглобулины класса G (IgG) начинают выявляться на 6-10 день от начала заболевания, достигают максимальных титров к концу первого месяца и держаться в высоких титрах 6-8 месяцев. В ЗАО «Вектор-Бест» выпускаются наборы реагентов для выявления IgM и IgG к вирусу К-КГЛ в сыворотках крови человека и выявления антигена вируса К-КГЛ в клещах и других вирусосодержащих материалах (культуральной жидкости, секционном материале), методом ИФА. По ре-

зультатам технических и медицинских испытаний была показана высокая чувствительность и специфичность наборов реагентов. Для определения чувствительности наборов реагентов «ВектоКрым-КГЛ-IgG» и «ВектоКрым-КГЛ-IgG» были исследованы группы сывороток, полученные в районах эндемичных по К-КГЛ. Для определения специфичности исследовались сыворотки условно здоровых доноров крови, выбранных случайным образом. Сыворотки взяты от доноров станций переливания крови гг. Томск, Новосибирск, Рубцовск (не эндемичные районы по К-КГЛ). Данные наборы постоянно используются в работе клинических и научных лабораторий большого количества стран (Россия, Казахстан, Грузия, Турция, Греция, Германия, Голландия и др.).

Также большой интерес вызывает вопрос выявления антител к вирусу К-КГЛ у домашних животных. Нами были разработаны экспериментальные наборы для выявления IgG к вирусу К-КГЛ в сыворотках пастбищных животных, таких как коровы, овцы и козы. Проведение испытаний экспериментальных наборов осложняется малым количеством проб сывороток и сложностью их получения.

Необходимы дополнительные исследования для выявления инфицированности домашних животных вирусом К-КГЛ.

В последние годы повсеместно усиливается интерес к вирусу К-КГЛ и методам диагностики крымской лихорадки.

Шерметова М.Б., Баратова Г.М., Кузьмина А.Р.

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА
ЗА КОНГО-КРЫМСКОЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ
ЛИХОРАДКОЙ В ТУРКЕСТАНСКОМ РЕГИОНЕ
ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

г. Туркестан, Республика Казахстан

Конго-крымская геморрагическая лихорадка (ККГЛ) – инфекционное заболевание передаваемое укусами клещей, имеет значительный риск смертности и является проблемой для населения эндемичных сельских районов и медицинских работников. Южно-Казахстанская область относится к одним из неблагополучных регионов РК по природной очаговости ККГЛ, чему способствует циркуляция в природе зараженных вирусом клещей, благоприятные климатические условия и особенности географического ландшафта региона. С целью стабилизации эпидемиологической ситуации в области с 2011 года при поддержке регионального центра по контролю и профилактике заболеваний (CDC) на основании приказа КГСЭН МЗ РК №111 от 20.05.2011 г., в №82 от 05.04.2012 г. во всех районах внедрен проект и проводятся мероприятия по совершенствованию диагностики и профилактики Конго-Крымской геморрагической лихорадки.

Цель данного исследования - изучение эпидемиологических особенностей и основных факторов риска ККГЛ в различных сельских округах и населенных пунктах г.Туркестана, используя зафиксированные случаи по ККГЛ, диагностированных с 2006 по 2014 гг.

В одномоментном ретроспективном исследовании были выявлены 3777 случаев укусов клещей: из которых иксодовыми – 3197, аргасовыми – 580. По возрастным данным укусы клещей взрослого населения – 1783, детей

до 14 лет – 1994. Данные случаи были обработаны статистическим методом χ^2 .

В 2009 году в медицинские учреждения области обработано с укусами клещей 1787 человек, в 2010 году – 13755, в 2011 году – 5790, в 2012 году – 4662. Показатель заболеваемости ККГЛ в 2009 году составил – 0,88 (22 случая, из них 8 с летальным исходом), в 2010 году – 0,66 (17 и 3), в 2011 году – 0,38 (10 и 2), в 2012 году – 0,11 (3 случая), в 2013 году – 5 случаев. Среди тех, кто получил укус клеща положительные результаты по обнаружению вируса ККГЛ в исследованиях живых иксодовых клещей населенных пунктов г.Туркестан, ЮКО составили 33 случая, из которых 8 случаев с летальным исходом. Природные очаги со случаями ККГЛ и положительными клещами за 9 лет: 1-е место занимает сельские округа Усенов, Орангай, г.Туркестан, Кожанов, Старый Икан, Коскорган; 2-е место Нуртас, Шага, Жуйнек, Серт; 3-е место Шорнак, Достык, Новый Икан.

Выводы: ККГЛ вызывает тяжелое заболевание и имеет высокий уровень смертности (около 10% в Туркестане), источником заражения являются иксодовые клещи. По ЮКО введен алгоритм ранней лабораторной диагностики ККГЛ. Согласно постановления КГСЭН МЗ РК №3 от 11 февраля 2005 года «О проведении санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и мониторинга эпизоотолого-эпидемиологической ситуации в природных очагах Конго-Крымской геморрагической лихорадки Республики Казахстан» каждый год по области в эпидемический сезон еженедельно ведется мониторинг. В мониторинге отражаются проведенные противоэпидемические мероприятия, эпидемиологический анамнез, эпизоотическое состояние, противоклещевая обработка, организационные мероприятия, санитарно-просветительная работа.

Favorov M., Ali M., Tursunbayeva A., Aitmagambetova I., Kilgore P., Ismailov S., Chorba T.

**COMPARATIVE TUBERCULOSIS (TB) PREVENTION
EFFECTIVENESS IN CHILDREN OF BACILLUS
CALMETTE-GUÉRIN (BCG) VACCINES
FROM DIFFERENT SOURCES, KAZAKHSTAN**

Except during a 1-year period when BCG vaccine was not routinely administered, coverage of infants with Bacillus Calmette-Guérin (BCG) in Kazakhstan since 2002 has exceeded 95%. BCG preparations from different sources (Japan, Serbia, and Russia) or none were used exclusively in comparable 7-month time-frames, September through March, in 4 successive years beginning in 2002. Our objective was to assess relative effectiveness of BCG immunization.

We compared outcomes of birth cohorts from the 4 time-frames retrospectively. Three cohorts received vaccine from one of three manufacturers exclusively, and one cohort was not vaccinated. Cohorts were followed for 3 years for notifications of clinical TB and of culture-confirmed TB, and for 21 months for TB meningitis notifications. Prevention effectiveness based on relative risk of TB incidence was calculated for each vaccinated cohort compared to the non-vaccinated cohort.

Although there were differences in prevention effectiveness observed among the three BCG vaccines, all were protective. The Japanese vaccine (currently used in Kazakhstan), the

Serbian vaccine, and the Russian vaccine respectively were 69%, 43%, and 22% effective with respect to clinical TB notifications, and 92%, 82%, and 51% effective with respect to culture confirmed TB. All three vaccines were >70% effective with respect to TB meningitis.

Conclusions/Significance: All three BCG vaccines evaluated were protective against TB. Prevention effectiveness varied by manufacturer. When setting national immunization policy, consideration should be given to prevention effectiveness of BCG preparations.

Khudaykulova G.

ANTHROPOMETRIC INDICES IN HIV-INFECTED CHILDREN

Tashkent, Uzbekistan

Inadequate nutrition of HIV-infected children, manifested by a change in the dynamics of height - weight indices, can have various causes, e.g. insufficient intake of nutrients, their intensive loss, an increase in needs for nutrients and metabolism disorders.

Objective: to study height - weight indices in HIV-infected children depending on the stage of the underlying disease and the degree of immunosuppression.

Methods: Fifty children at the age from 2 to 5 years with the diagnosis of HIV-infection have been observed. The children's body mass/weight and body length/height were measured and analyzed according to centile diagrams.

Results: In severe immunodeficiency, the share of HIV-infected children with a decrease in body weight up to the level of 10-25 centiles and 5 centiles and lower was the most significant and made totally 48 %. Rather high indices (50-75 centiles and higher) were mostly registered in children with the moderate and insignificant suppression of the immune response.

The similar tendency was observed when studying the immunosuppression level and indices of height/body length. However, 8 % of children with severe immunodeficiency showed high values of the index of height/ body length (90 centiles and higher).

The lowest values of the studied indices (at the level of 5 centiles and lower) were registered in the children at clinical stage 4 of HIV. At the same time, rather high indices of body mass/weight and height/ body length (over 90 centiles) were also registered in the children with the advanced stage of the underlying disease (at stage 4 in 4%, at stage 3 in 6% of the children). Apparently, this results from the fact that in these cases, parenteral transmission of the infection occurred.

Conclusion: The deficiency of nutrients influences HIV-infection progressing, however, both the HIV-infection and disorder of the immune response related with it can impair the nutrition status as a result of the insufficient concentration of nutrients in a diet, poor absorption, greater need for nutrients and metabolism disorder, in particular against the background of opportunistic and other infections.

Kosherova B.N., Sarsekeyeva N.Y.

THE STATE OF THE PROBLEM OF OPPORTUNISTIC INFECTIONS IN PATIENTS WITH HIV INFECTION

Karaganda, Kazakhstan

Opportunistic infections which observed in the stage of secondary diseases develop on a backdrop of existing immunodeficiency. These infections are markers of immunological danger, developing due to the progressive period of the disease. Such infections have protozoan, fungous, bacterial and viral nature. Currently, the leading secondary affections are tuberculosis, CMV infection, cerebral toxoplasmosis, pneumocystis pneumonia, severe manifestations of candida infections, recurrent bacterial pneumonia. The number of superinfection increases with progression of the destruction of the immune system in HIV infection, the severity of its process.

Quite serious epidemiological situation develops in Karaganda region not only for HIV, but also an AIDS-defining illness. Analysis of patient's outpatient cards, which were in the dispensary in SI «Karaganda Regional Center for the Prevention and Control of AIDS» showed that for 2014 denotes the following AIDS-defining diseases: herpes pneumonia – 7 cases, fungous infections – 326 cases, CMV – 2 cases, severe bacterial infections – 14 cases.

Nowadays tuberculosis has the greatest importance of bacterial infections, which become severe opportunistic disease in the latest stages of HIV infection. Hospitalized patients mostly have diagnosed tuberculosis in advanced stages. At the end of 2014 189 people were at the dispensary with HIV infection and tuberculosis. Process of tuberculosis in HIV-infected patients depends on the duration of the process of HIV infection. The clinical manifestations of tuberculosis in HIV-infected patients are being begun with a significant decrease of number of CD4-lymphocytes. Difficulties in the diagnosis of tuberculosis in HIV-infected patients with AIDS associated with extrapulmonary tuberculosis and atypical process of tuberculosis in HIV-infected patients, especially in patients with AIDS. Thus, the number of patients with extrapulmonary tuberculosis was 12 people in 2014. In order to reduce the activation of HIV-infected patients have had chemoprophylaxis of tuberculosis. Thus, chemoprophylaxis of tuberculosis was appointed to 202 patients during 2014 (88,2% coverage).

Cytomegalovirus infection often manifests among viral diseases. CMV infection is associated with a wide range of organ damage. Cytomegalovirus retinitis is often diagnosed at the examined HIV-infected patients. Cytomegalovirus retinitis is sometimes a primary manifestation of AIDS patients, when the content of CD4-lymphocytes in the blood is less than 100 cells per 1 ml. Retinitis may be unilateral or bilateral. It manifests with a decrease in acuity and visual field loss, asymptomatic hemorrhages in the retina and it can lead to vision loss.

Thus, a wide range of opportunistic diseases exacerbates the severity and progression of HIV infection. Opportunistic diseases are the main cause of fatal result in patients with advanced HIV infection.

Shaimardanov N.K., Aukenov N.E., Massabayeva M.R.

THE INCIDENCE OF LIVER CANCER IN PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS OF VIRAL ETIOLOGY

Semey, Republic of Kazakhstan

Introduction Hepatocellular carcinoma (HCC) takes the sixth place among malignant neoplasms and the third cause of death from cancer pathology, more common in men, all over the world. In most cases of HCC is the outcome of a viral infection of the liver. Modern medicine has set itself the task of early diagnosis of hepatocellular carcinoma. One of the methods of early marker diagnosis of cancer of the liver is α -fetoprotein (AFP) screening.

Methods and materials. Analyzed data from screening for liver cancer in patients with liver cirrhosis of viral etiology in Consultative-diagnostic center in Semey in the period from

January to April 2013. The criteria for selection of patients for liver cancer screening became people with a diagnosis of cirrhosis in the outcome of chronic viral hepatitis B and C, aged 18 to 70 years.

Results. Were examined 69 people aged 18 to 70 years. Of these, 47 men and 22 women.

All examinees were conducted on blood α -fetoprotein and ultrasound of the abdominal cavity.

Conclusion. During the screening the population of Semey for the detection of liver cancer in patients with cirrhosis of viral etiology is established: 69 of examinees according to AFP in 8.69% of cases the result was above the norm and 50% of cases of them, according to ultrasound diagnosed tumor mass in the liver. Thus, screening studies AFP and liver ultrasound showed high efficiency of these methods, at the same time it needs more in-depth examination of patients with high levels of AFP which was diagnosed tumor mass in the liver.

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|--|----|
| <i>Абдуллаев А.О., Гафнер Н.В., Давис Н.А., Рахматова Х.А., Бадалова Н.С., Ливерко И.В., Осипова С.О.</i> КИШЕЧНЫЕ ПАРАЗИТОЗЫ У ЛИЦ С ХРОНИЧЕСКИМИ ОБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ | 11 |
| <i>Абеев А.Б., Аушахметова З.Т.</i> МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ЗА КОРЬЮ В РАМКАХ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА В ГОРОДЕ АСТАНА | 11 |
| <i>Абуова Г.Н., Каныбекова Т.Б., Камытбекова К.Ж.</i> СОВРЕМЕННАЯ СИТУАЦИЯ ПО ИНФЕКЦИОННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ | 12 |
| <i>Абуова Г.Н., Оспанова З.А., Каныбекова Т.Б., Маханов Т.Б.</i> КОРЬ – ВОЗВРАЩАЮЩАЯСЯ ИНФЕКЦИЯ? | 12 |
| <i>Адилханова А.Н., Мирзаева М.А.</i> К ВОПРОСУ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В КАРАКАЛПАКСТАНЕ | 13 |
| <i>Айнабек Г.А., Лапишова Т.И., Сагитова С.С., Утепбергенова Г.А., Масабаяева А.Т.</i> СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА ГРИППОМ И ОРВИ В ШЫМКЕНТСКОЙ ГОРОДСКОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЬНИЦЕ | 13 |
| <i>Аитов К.А., Боброва Н.К., Бурданова Т.М., Лемешевская М.В., Макарова С.В., Серых. Л.Н., Передельская Г.И.</i> СЛУЧАЙ СМЕШАННОГО ТЕЧЕНИЯ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ А И Е В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ | 14 |
| <i>Аитов К.А., Малов С.И., Даваахуу Б.</i> К ХАРАКТЕРИСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С | 14 |
| <i>Аитов К.А., Шарифулина Н.Л., Пунцаг У., Оюнбэлэг Б., Макарова С.В., Кузьмин А.А.</i> ВЫСОКОАКТИВНАЯ АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ И ЛЕТАЛЬНОСТЬ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ В СТАДИИ СПИД | 15 |
| <i>Алекшеева Л.Ж., Амиреев С.А.</i> СТАНДАРТНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СЛУЧАЯ И АЛГОРИТМЫ МЕРОПРИЯТИЙ – КАК ИННОВАЦИОННЫЙ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЕМ В ПРЕПОДАВАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПАРАЗИТОЛОГИИ | 15 |
| <i>Алекшеева Л.Ж., Амиреев С., Нажмеденова А.Г.</i> РАЗРАБОТКА И ВНЕДРЕНИЕ В УЧЕБНЫЙ ПРОЦЕСС НОВОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ПО БИОБЕЗОПАСНОСТИ И БИОЗАЩИТЕ | 16 |
| <i>Алекшеева Л.Ж., Сергиев В.П., Амиреев С.</i> ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ ПРЕПОДАВАНИЯ ПАРАЗИТАРНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЧЕЛОВЕКА НА КАФЕДРЕ ЭПИДЕМИОЛОГИИ КАЗНМУ | 17 |
| <i>Алимханова К.Н., Жакипбаева Б.Т., Амиреев С.А.</i> САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА СТУДЕНТОВ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ПРЕДМЕТА «ЭПИДЕМИОЛОГИЯ» В АСПЕКТЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ И ИННОВАЦИИ | 18 |
| <i>Амиреев С., Ералиева Л.Т.</i> СЕГОДНЯШНИЕ ПРИОРИТЕТЫ, УПУЩЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЗАЩИТЫ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОТ ИММУНОУПРАВЛЯЕМЫХ ИНФЕКЦИЙ: СТРАТЕГИЯ ВНЕДРЕНИЯ НОВЫХ ВАКЦИН, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРОБЛЕМЫ И МЕТОДОЛОГИЯ ИХ РЕШЕНИЯ | 18 |
| <i>Амиреев С., Куатбаева А.М., Саттаров А.И.</i> СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ НАЦИОНАЛЬНОГО КАЛЕНДАРЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН | 20 |
| <i>Амиреев С.А., Кусаинова А.Ж., Жайыкбаев Н.Ж., Жакан Ж.Ж.</i> ОЦЕНКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АДАПТИРОВАННОЙ ПРОГРАММЫ ПО ИММУНОПРОФИЛАКТИКЕ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ УРОВНЯ ЗНАНИЙ И ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ | 20 |

| | |
|--|----|
| <i>Амиреев С., Саттаров А.И.</i> ВНЕДРЕНИЕ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС КОМПЕТЕНТНОСТНОГО ПОДХОДА, МЕТОДИКИ ОЦЕНКИ УСВОЕННОСТИ И ИХ МОНИТОРИНГА В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ БУДУЩЕГО СПЕЦИАЛИСТА-ЭПИДЕМИОЛОГА..... | 21 |
| <i>Атыгаева С.К.</i> КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ПЕРИОД ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПОДЪЕМА..... | 21 |
| <i>Ахмедова М.Д., Анваров Ж.А., Султанова Г.Ю.</i> ПРИМЕНЕНИЕ АММОНИЯ ГЛИЦЕРАТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В..... | 22 |
| <i>Баешева Д.А., Кошерова Б.Н., Кузгибекова С.Б.</i> О СОСТОЯНИИ ИНФЕКЦИОННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН..... | 23 |
| <i>Баимбетова С.Б., Отарбаева А.П., Утепбергенова Г.А., Оспанова З.А.</i> ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ В ЮКО | 23 |
| <i>Баймуратова М.А., Абдусаламова З.С., Тьесова-Бердалина Р.А.</i> ВЛИЯНИЕ ГРИБОВ РОДА CANDIDA SPP. НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН..... | 24 |
| <i>Баратова Г.М., Шерметова М.Б.</i> КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ БЕТАЛЕЙКИНА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ БРУЦЕЛЛЕЗОМ С ТЯЖЕЛЫМИ ОЧАГОВЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ..... | 25 |
| <i>Батзаяя И., Аитов К.А., Оюунгэрэл Р.</i> ЭПИДЕМИОЛОГИЯ КЛЕЩЕВЫХ ИНФЕКЦИЙ В МОНГОЛИИ | 25 |
| <i>Бегимбаев О.С., Оразова М.М., Тайжанова М.А.</i> СОСТОЯНИЕ ЛАБОРАТОРНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ОТДЕЛЬНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ ЮКО НА НОСИТЕЛЬСТВО ВГВ ЗА 2014 ГОД..... | 26 |
| <i>Бейсенбиева Н.Е., Шайдаров М.З., Баешева Д.А., Конкаева М.Е.</i> КЛИНИЧЕСКИЕ «МАСКИ» ХРОНИЧЕСКОГО ОПИСТОРХОЗА У ДЕТЕЙ..... | 26 |
| <i>Бейсенбинова Ж.Б., Алимханова К.Н., Джурнунова К.С.</i> ПЕРСПЕКТИВЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПЛАНА ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ НА КАФЕДРЕ ЭПИДЕМИОЛОГИИ КАЗНМУ ИМ. С.Д. АСФЕНДИЯРОВА | 27 |
| <i>Бейсенова Г.Р., Хайырова У.О., Жантакбаева Б.М.</i> ЭНЦЕФАЛОМИЕЛОПОЛИРАДИКУЛОНЕВРИТ БРУЦЕЛЛЕЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ | 27 |
| <i>Бекенова Н.Б., Муковозова Л.А., Гржибовский А.М., Аукенов Н.Е.</i> ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА ИЛ-17A(G197A) ПРИ РОЖЕ | 28 |
| <i>Бердалиева Ф.А., Жумагулова К.Ж., Еркебекова Г.К.</i> СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ТЕЧЕНИЯ КОРИ У ДЕТЕЙ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ..... | 28 |
| <i>Бердалиева Ф.А., Жумагулова К.Ж., Нуралиева Г.Н.</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОГО ОСТРОГО ПОЛИОМИЕЛИТОПОДОБНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ У РЕБЕНКА В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ | 29 |
| <i>Бесхлебова О.В., Гранитов В.М., Дедков В.Г., Арсеньева И.В., Сафонова М.В.</i> ЗНАЧИМОСТЬ МЕТОДА ПЦР В ДИАГНОСТИКЕ СИБИРСКОГО КЛЕЩЕВОГО ТИФА | 30 |
| <i>Бойбосинов Э.У., Кусаинова А.Ж., Максумова Г.С.</i> ЭПИЗООТИЧЕСКАЯ И ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ЛЕПТОСПИРОЗУ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН..... | 30 |
| <i>Бондаренко Е.И.</i> ВЫЯВЛЕНИЕ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПЕРЕНОСИМЫХ ИКСОДОВЫМИ КЛЕЩАМИ, С ПРИМЕНЕНИЕМ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ (ПЦР И ИФА)..... | 31 |
| <i>Бумбуриди Е.В.</i> ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ТРЕНИНГА, ПРОВЕДЕННОГО ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ И ПРОТИВОЧУМНОЙ СЛУЖБ, В РАМКАХ ПРОГРАММЫ ПО ВЫЯВЛЕНИЮ И РЕАГИРОВАНИЮ НА ОПАСНЫЕ ПАТОГЕНЫ СВЕР (РАНЕЕ TADR) КАЗАХСТАН, 2011 Г..... | 32 |

| | |
|--|----|
| <i>Бумбуриди Е.В., Кыраубаев К.К.</i> УСИЛЕНИЕ СИСТЕМЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА КОНГО-КРЫМСКОЙ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ В 2013-2014 ГГ..... | 32 |
| <i>Веригина Е.В., Симонова Е.Г.</i> ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕНОСИМЫМИ КЛЕЩАМИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ | 33 |
| <i>Войтенков В.Б., Вильниц А.А., Скрипченко Н.В.</i> УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПОВЫШЕНИЯ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И РАННЕМ РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ | 33 |
| <i>Войтенков В.Б., Скрипченко Н.В., Иванова М.В.</i> ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ РОБОТИЗИРОВАННОЙ МЕХАНОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА..... | 34 |
| <i>Войтенков В.Б., Скрипченко Н.В., Клишкин А.В.</i> НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ В ДИАГНОСТИКЕ ДЕМЬЕЛИНИЗИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ | 34 |
| <i>Даминов Т.А., Туйчиев Л.Н., Худайкулова Г.К.</i> ВЛИЯНИЕ МЕТОДА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ НА РИСК ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ТРАНСМИССИИ ВИЧ | 35 |
| <i>Даниярова А.Б., Амиев А.С., Тилепова Л.С.</i> РОЛЬ ПРЕДМЕТА ЭПИДЕМИОЛОГИИ В ПОДГОТОВКЕ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР | 36 |
| <i>Даулетбакова А.М., Жакипбаева Б.Т., Амиев С.А.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ПРИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ОЧАГОВ ТУБЕРКУЛЕЗА..... | 36 |
| <i>Джанабаев Р.Т., Алиев Д.С., Алимжанова Г.Т.</i> КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО СИБИРСКОЙ ЯЗВЕ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ..... | 36 |
| <i>Джанабаев Р.Т., Калдарбекова Г.М., Омарова Г.С.</i> ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОМ ЗА 2013-2014 Г.Г. В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ..... | 37 |
| <i>Джанабаев Р.Т., Курманбекова Ш.Ж., Абдраманова А.А.</i> ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО БЕШЕНСТВУ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ | 37 |
| <i>Джанабаев Р.Т., Масбаева А.Т., Акылбеков У.</i> КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР ЗА КОНГО-КРЫМСКОЙ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ РК..... | 38 |
| <i>Досбаева Ж.Т., Танирбергенова А.Ж., Умешева К.А.</i> ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА НЕМОЗОЛА У ДЕТЕЙ С ЛЯМБЛИОЗОМ..... | 38 |
| <i>Доскожаева С.Т.</i> ПРОБЛЕМЫ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА..... | 39 |
| <i>Дуйсенова А.К.</i> ОСОБЕННОСТИ БРУЦЕЛЛЕЗА В ЭНДЕМИЧНОМ РЕГИОНЕ..... | 40 |
| <i>Дуйсенова А.К., Курманова Г.М.</i> СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ АЛГОРИТМА ДИАГНОСТИКИ НВУ-ИНФЕКЦИИ ПРИ СКРИНИНГЕ | 40 |
| <i>Егембердиева Р.А., Орадова А.Ш., Байхожаева Р.Ж., Турбеков А.А., Кашим Ж.К., Усенов У.Б.</i> СПЕКТР ВОЗБУДИТЕЛЕЙ КЛЕЩЕВЫХ ИНФЕКЦИЙ В КАЗАХСТАНЕ..... | 41 |
| <i>Егембердиева Р.А., Сейдулаева Л.Б., Садыкова А.М., Умешева Л.А., Шапиева Ж.Ж., Турбеков Н.А., Кыраубаев К.К.</i> КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ИКСОДОВОГО КЛЕЩЕВОГО БОРРЕЛИОЗА В КАЗАХСТАНЕ..... | 41 |

| | |
|---|----|
| <i>Жаикбаев Н., Амиреев С.А.</i> ПЕРВОЕ НАЦИОНАЛЬНОЕ РУКОВОДСТВО «ИММУНИЗАЦИЯ НА ПРАКТИКЕ» КАК СРЕДСТВО ИННОВАЦИОННОГО ПОДХОДА В ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ МЕДВУЗОВ И ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ..... | 42 |
| <i>Жаикбаев Н., Имангалиева О.В., Жакан Ж.Ж.</i> К ВОПРОСУ ОБ ЭЛИМИНАЦИИ КРАСНУХИ В КАЗАХСТАНЕ | 43 |
| <i>Жандосов О.К., Жандосов К.М.</i> ВЛИЯНИЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ НА КАЧЕСТВО СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЖЕЛУДКА (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ)..... | 43 |
| <i>Жетибаев С.Д., Газиев Б.Х., Турдыматов И.П., Кулатаева М.А., Кутумова А.А.</i> ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЭПИЗООТОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА ЗА ТУЛЯРЕМИЕЙ НА ТЕРРИТОРИИ ЖАМБЫЛСКОЙ ОБЛАСТИ..... | 44 |
| <i>Жетибаев С.Д., Газиев Б.Х., Турдыматов И.П., Кулатаева М.А., Кутумова А.А.</i> ТАКТИКА КОМПЛЕКСНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ ПРИРОДНОГО ОЧАГА КОНГО-КРЫМСКОЙ ГЕМОРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЖАМБЫЛСКОЙ ОБЛАСТИ | 44 |
| <i>Жетибаев С.Д., Капасакалис В.А., Ахметова Г.Т., Байжанова А.У., Сыбанбаева Ж.З.</i> СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ИНДИКАЦИИ ВИРУСА ГРИППА | 45 |
| <i>Жолдошев С.Т., Закирова Ж.С., Самиева С.С., Ташов К.Э.</i> АБДОМИНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ – ПРИЧИНА ОТКАЗОВ ПРИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ИНФЕКЦИОННЫЙ СТАЦИОНАР | 46 |
| <i>Жумагазин Ж.Д., Кулжанова Ш.А., Ашимбекова Б.Е., Азанова А.Ю.</i> НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В КЛИНИКЕ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ..... | 46 |
| <i>Жумадирова С.К., Баешева Д.А., Отарбаева А.Е., Сейдуллаева А.Ж.</i> КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА САЛЬМОНЕЛЛЕЗА У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ ГККП «ГОРОДСКАЯ ДЕТСКАЯ ИНФЕКЦИОННАЯ БОЛЬНИЦА» Г. АСТАНЫ ЗА ПЕРИОД 2012 – 2014 ГГ. | 47 |
| <i>Ивасиц И.В.</i> ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ККГЛ В ЮЖНОМ РЕГИОНЕ КАЗАХСТАНА. ПРОБЛЕМЫ СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ, ГОСПИТАЛИЗАЦИИ И ЛЕЧЕНИЯ СЛУЧАЕВ..... | 47 |
| <i>Ирсимбетова Н.А., Долтаева Б.З., Балабаева Э.Н.</i> СОСТОЯНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ «А» В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН..... | 48 |
| <i>Ирсимбетова Н.А., Ергебекова Г.К., Егенов Б.М.</i> ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ТУБЕРКУЛЕЗА В Г.ШЫМКЕНТ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН..... | 49 |
| <i>Ирсимбетова Н.А., Жанузакова А.Т., Бергалиева Р.Н.</i> ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИНФЕКЦИЯМИ, СВЯЗАННЫМИ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (ИСМП) В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН | 49 |
| <i>Ирсимбетова Н.А., Сарыпбекова Л.Л., Жаксыбаева Ж.Б.</i> ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ВИЧ/СПИД ЗА 12 МЯСЯЦЕВ 2014 ГОДА В ЮЖНО- КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН | 50 |
| <i>Исабаев Ж.Т., Жаханов А.</i> ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ ПРЕПОДАВАНИЯ ВОЕННОЙ ЭПИДЕМИОЛОГИИ НА КАФЕДРЕ КАЗНМУ ИМЕНИ С.Д. АСФЕНДИЯРОВА Г. АЛМАТЫ..... | 50 |
| <i>Исаева А.Г., Имантаева М.К., Исакова Ф.А.</i> ВАРИАНТЫ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ | 51 |
| <i>Исакова Ф.А.</i> СОВРЕМЕННАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОБСТАНОВКА ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ И ПРОГНОЗ ЕЕ РАЗВИТИЯ В КАЗАХСТАНЕ..... | 51 |

| | |
|--|----|
| <i>Кабдушиева А.Т., Кантемиров М.Р., Бойбосинов Э.У.</i> ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ В КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ РК..... | 52 |
| <i>Кайрханова А.К., Амиреев С.А., Ералиева Л.Т.</i> ПРАКТИЧЕСКАЯ РЕАЛИЗАЦИЯ ВАКЦИНАЦИИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРОТИВ ПНЕВМОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН | 52 |
| <i>Камарова А.М., Кантемиров М.Р., Кабдушиева А.Т., Бойбосинов Э.У.</i> ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО АСКАРИДОЗАМ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ АКТЮБИНСКОЙ ОБЛАСТИ РК | 53 |
| <i>Камбаров Г.А., Жусупова Р.Т., Дуйсенова А.К.</i> ОПЫТ РАБОТЫ ГЕПАТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА | 53 |
| <i>Каральник Б.В.</i> АНТИВАКЦИНАЛЬНЫЕ ИНСИТУАЦИИ: УЩЕРЬ И МЕРЫ ПО ЕГО ОГРАНИЧЕНИЮ | 53 |
| <i>Каральник Б.В.</i> ШИФТ ПАТОГЕНОВ И ЕГО ЗНАЧЕНИЕ В ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОМ НАДЗОРЕ И КЛИНИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ..... | 54 |
| <i>Карбышева Н.В.</i> ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИРОДНОЙ ДЕГЕЛЬМИНТИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОПИСТОРХОЗОМ..... | 54 |
| <i>Касенова Л.Ш., Филипповская Т.Н., Макулбаева У.Т.</i> О СОСТОЯНИИ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ Г. АЛМАТЫ..... | 55 |
| <i>Касымканова Л.С., Баймурзинова Д.Ж., Амиреев С.А.</i> ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБЕЗЗАРАЖИВАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ КОЖНЫХ АНТИСЕПТИКОВ ДЛЯ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ РУК | 56 |
| <i>Ким А.А., Колмогорова Е.Л., Дауленова А.Е.</i> ТЕЧЕНИЕ КОРИ У ВЗРОСЛЫХ | 56 |
| <i>Кожанова С.В., Бижигитова Б.Б., Битанова Э.Ж., Тарабаева А.С.</i> РОЛЬ АДЬЮВАНТОВ В КОНСТРУИРОВАНИИ СОВРЕМЕННЫХ ВАКЦИН..... | 57 |
| <i>Колмогорова Е.Л., Ким А.А., Маслова Н.Г.</i> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНТРОСИЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ВЗРОСЛЫХ..... | 57 |
| <i>Корзан А.И., Садовникова Г.В., Подушкина Е.А., Ярец Л.Н., Чирцова С.В.</i> СЛУЧАИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДИРОФИЛЯРИОЗОМ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ БРЕСТСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ..... | 58 |
| <i>Криницына Э.В.</i> ЗНАЧИМОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ А, G И M В ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ БРУЦЕЛЛЕЗА | 58 |
| <i>Куандыкова А.К., Кузьмина А.Р., Минтасова А.С.</i> ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ И ЭНТОМОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ В ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ СЕЗОН ККГЛ В ПРИРОДНО-ОЧАГОВОЙ ЗОНЕ ПОСЕЛКА С. КОЖАНОВ СЕЛЬСКОГО ОКРУГА УШКАЙЫК ГОРОДА ТУРКЕСТАН ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ РК | 59 |
| <i>Куклиновский И.И.</i> НОРМАТИВНО - ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ И ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ТУБЕРКУЛЁЗЕ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН..... | 59 |
| <i>Кулемин М.В., Сажнев Ю.С., Атовуллаева Л.М., Сайлаубекулы Р.</i> ОБНАРУЖЕНИЕ АНТИГЕНА КОНГО-КРЫМСКОЙ ГЕМОРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ В ИКСОДОВЫХ КЛЕЩАХ НА ТЕРРИТОРИИ КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ РК | 60 |
| <i>Кулжанова Ш.А., Жумагазин Ж.Д., Конкаева М.Е., Ширшикбаева Г.Е.</i> КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОРИ У ВЗРОСЛЫХ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ | 60 |

| | |
|---|----|
| <i>Кулжанова Ш.А., Жумагазин Ж.Д., Смагулова З.К., Атыгаева С.К., Тусупова К.Н.</i> ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ КОРИ | 61 |
| <i>Кулжанова Ш.А., Сейдахметова Г.У., Тусупова К.Н.</i> СЛУЧАЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ЭХИНОКОККОЗА..... | 62 |
| <i>Курманова К.Б.</i> СЛУЧАЙ БЕШЕНСТВА У ЧЕЛОВЕКА В АЛМАТИНСКОЙ ОБЛАСТИ РК..... | 62 |
| <i>Курманова К.Б.</i> ТЕЧЕНИЕ И ТЕРАПИЯ СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ У ПАЦИЕНТА С ВИРУСОМ ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА И ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С | 63 |
| <i>Куттыкужанова Г.Г., Нуржанов Х.Н., Сагымбаева А.</i> КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ | 63 |
| <i>Кыраубаев К.К., Иванова Р.С.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗМЕНЕНИЯ СТАНДАРТНОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ СЛУЧАЕВ КОНГО КРЫМСКОЙ ГЕМОРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ И ВЛИЯНИЯ НА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР..... | 64 |
| <i>Макина Н.П., Хоперскова А.П., Жулябина О.А., Кузнецова С.А., Чеботарева Т.А.</i> ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА ПРЕПАРАТА ВИФЕРОН® СУППОЗИТОРИИ ДЛЯ ИММУНОРЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ИСХОДОМ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА..... | 64 |
| <i>Максимова Г.С., Миреев С.А., Кусаинова А.Ж.</i> ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИСТЕРИОЗА В ГОРОДЕ АЛМАТЫ..... | 65 |
| <i>Мамыкова Х.У., Утепбергенова Г.А., Шаймерденова Б.Е.</i> АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЭХИНОКОККОЗОМ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ РК..... | 66 |
| <i>Матрос О.И., Гранитов В.М., Никулина М.А. Сульдум С.Ч., Пушкарева А.Н.</i> ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А У ВЗРОСЛЫХ В АЛТАЙСКОМ КРАЕ | 66 |
| <i>Маукаева С.Б., Смаил Е.М.</i> ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ПРЕПОДАВАНИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ | 67 |
| <i>Муковозова Л.А., Чегедеков Б.С., Алимбекова А.Л., Смаил Е.М.</i> ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И ПОСТВАКЦИНАЛЬНЫЙ ИММУНИТЕТ ПРИ КОРИ В Г. СЕМЕЙ..... | 67 |
| <i>Мырзабекова А.А.</i> СОВРЕМЕННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭПИЗООТИЧЕСКОЙ И ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО БРУЦЕЛЛЕЗУ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН | 68 |
| <i>Набенов К.Н., Куанов Т.О., Жуматаев Д.Т.</i> ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ | 68 |
| <i>Нажмеденова А.Г., Куатбаева А.М., Кусаинова А.Ж.</i> ВНЕДРЕНИЕ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ ПРОТИВ ВПЧ-ИНФЕКЦИИ В КАЗАХСТАНЕ | 69 |
| <i>Нажмеденова А.Г., Куатбаева А.М., Сыздыкова М.Б.</i> ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО КОРИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ | 70 |
| <i>Нартайлаков М.А., Лукманов М.И., Ибадильдин А.С., Пантелеев В.С., Лукманова Г.И., Мухаметжанов Г.К.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПРИРОДЫ РЕЦИДИВОВ ЭХИНОКОККОЗА | 70 |
| <i>Насакаева Г.Е., Сексенова А.Н., Бексеитова А.Ж., Оспанова А.С.</i> ЭПИДСИТУАЦИЯ, АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ЛЯМБЛИОЗУ В КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ РК | 71 |
| <i>Никулина М.А., Лубская Н.С., Гранитов В.М., Матрос О.И.</i> ТИРЕОИДНЫЙ СТАТУС У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С..... | 71 |

| | |
|---|----|
| <i>Ниязова Т.А., Максудова З.С., Бобожонов Ш.Ж., Юсупов А.П.</i> ИЗУЧЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ГЕЛИЙ-НЕОНОВОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В БРУЦЕЛЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ..... | 72 |
| <i>Ногойбаева К.А., Тобокалова С.Т., Узакбаева А.З.</i> ВАКЦИНОАССОЦИИРОВАННЫЙ ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПАРОТИТ В Г. БИШКЕК, КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА | 72 |
| <i>Нурахметова Г.Н., Амиреев С.А., Искакова Ф.А.</i> ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ В АЛМАТИНСКОЙ ОБЛАСТИ РК | 73 |
| <i>Нурбекова Г.А., Анарбаев А.Д., Утепбергенова Г.А.</i> СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА БРУЦЕЛЛЕЗОМ В ЮЖНОМ КАЗАХСТАНЕ..... | 73 |
| <i>Нурматов З.Ш., Ногойбаева К.А., Аалиев Г.К., Долотова Т.Ж.</i> ОЦЕНКА ЭКОНОМИЧЕСКОГО УЩЕРБА СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОРВИ В Г. БИШКЕК В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ | 74 |
| <i>Омарова А.К., Баетбаева Д.А., Кенжебаева С.К.</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОРИ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ..... | 75 |
| <i>Разак Т., Жаикбаев Н.</i> ЗНАЧЕНИЕ АКТИВИЗАЦИИ СТАЦИОНАРНО НЕБЛАГОПОЛУЧНЫХ ПУНКТОВ ПРИ РАСПРАСТРАНЕНИИ СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ ЗА ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ | 75 |
| <i>Ракишева А.С., Касенова Л.Ш., Исаева А.Г., Макулбаева У.Т., Сыздыкова Н.С., Кумисбаева Б.Т., Репина Ю.В., Жумабаева Ш.К.</i> ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРЕПОДАВАНИЯ ФТИЗИАТРИИ | 76 |
| <i>Рахимова В.Ш., Алиев Б.Р.</i> КОИНФЕКЦИЯ ВИЧ И ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С: МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ..... | 76 |
| <i>Розенталь Е.М., Сапарбеков М.К.</i> МЕТОДОЛОГИЯ РАНДОМИЗИРОВАННОГО КОНТРОЛИРУЕМОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ВИЧ- ИНФИЦИРОВАННЫХ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ И ИХ СЕКСУАЛЬНЫХ ПАРТНЕРОВ | 77 |
| <i>Розенталь Е.М., Сапарбеков М.К.</i> РОЛЬ СОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ В ПРЕДОСТАВЛЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ И СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ СУПРУЖЕСКИМ ПАРАМ | 77 |
| <i>Саидахмедова Д.Б., Сувокулов У.Т., Качугина Л.В., Абдиев Т.А., Вахобов Т.А.</i> НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ СМЕШАННЫХ КИШЕЧНЫХ ПАРАЗИТАРНЫХ ИНВАЗИЙ..... | 78 |
| <i>Сарсенбаева М.З., Апиева Ж.И., Максудова Г.С.</i> ЧАСТОТА ВЫДЕЛЕНИЯ УСЛОВНО-ПАТОГЕННЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ ИЗ МОКРОТЫ ОТ БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ..... | 78 |
| <i>Симонова Е.Г., Картавая С.А., Локтионова М.Н., Колганова О.А.</i> СОВРЕМЕННАЯ СИТУАЦИЯ ПО СИБИРСКОЙ ЯЗВЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ..... | 78 |
| <i>Сувокулов У.Т., Абдиев Т.А., Саидахмедова Д.Б., Вахобов Т.А., Качугина Л.В.</i> СИТУАЦИЯ ПО ЭНТЕРОБИОЗУ В УЗБЕКИСТАНЕ..... | 79 |
| <i>Танирбергенова А.Ж., Шиналиев Р.А., Хабланов А.Ш.</i> ХАРАКТЕРИСТИКА ИЕРСИНИОЗОВ У ДЕТЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ | 79 |
| <i>Тастанбеков Б.Д., Божбанбаева Н.С., Мустафазаде Т.Ш., Есенова С.А., Сасаева С.Н., Амантаева М.Е.</i> ИНФЕКЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ МАТЕРИ И РЕБЕНКА..... | 80 |
| <i>Тиметова А.М., Турсынбаева А.С., Амиреев С.А.</i> АНАЛИЗ ДОЛИ РЕЦИДИВОВ ТУБЕРКУЛЕЗА И ВРЕМЕННОГО ИНТЕРВАЛА ВОЗНИКНОВЕНИЯ РЕЦИДИВОВ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН | 80 |

| | |
|---|----|
| <i>Турдалина Б.Р., Тулегенова Г.К., Баешева Д.А.</i> ПУТИ СДЕРЖИВАНИЯ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА..... | 81 |
| <i>Тьесова-Бердалина Р.А., Баймуратова М.А., Рысмамбетова Г.А.</i> КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ И КАЧЕСТВЕННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ФАКТОРОВ РИСКА, СПОСОБСТВУЮЩИХ РАСПРОСТРАНЕНИЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ЛИЦ В ВОЗРАСТЕ 20-39 ЛЕТ | 82 |
| <i>Усова О.П.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ НАЦИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ВНЕШНЕЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ СИФИЛИСА В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ | 82 |
| <i>Хикматуллаева А.С.</i> IL28V, КАК ПРЕДИКТОР ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ В ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ..... | 83 |
| <i>Хоперскова А.П., Тихомиров Д.С., Гаранжа Т.А., Чеботарева Т.А.</i> СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА У ДЕТЕЙ..... | 83 |
| <i>Хорошилова И.А., Гранитов В.М., Киушикина И.Н., Оловянников С.П., Егерева М.С.</i> ТУБЕРКУЛЕЗ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ | 84 |
| <i>Черепанова Е.А., Чернявская О.П.</i> РОТАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ | 84 |
| <i>Шайзадина Ф.М., Брицкая П.М., Алышева Н.О., Кантемиров М.Р., Омарова А.О.</i> ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ..... | 85 |
| <i>Шайзадина Ф.М., Брицкая П.М., Алышева Н.О., Кантемиров М.Р., Омарова А.О.</i> СТРАТЕГИЯ БОРЬБЫ С КОРЬЮ..... | 86 |
| <i>Шакиева Л.А., Джумагулова Г.А., Утепбергенова Г.А.</i> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТИВОВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С..... | 86 |
| <i>Шапиева Ж.Ж., Егембердиева Р.А., Абдыбекова А.А.</i> АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОВРЕМЕННОЙ ЭПИДСИТУАЦИИ ПО ПАРАЗИТАРНЫМ БОЛЕЗНЯМ В КАЗАХСТАНЕ..... | 87 |
| <i>Шварёва О.А.</i> ВЫЯВЛЕНИЕ МАРКЕРОВ КРЫМСКОЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ МЕТОДОМ ИФА..... | 87 |
| <i>Шерметова М.Б., Баратова Г.М., Кузьмина А.Р.</i> СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА КОНГО-КРЫМСКОЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ В ТУРКЕСТАНСКОМ РЕГИОНЕ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ | 88 |
| <i>Favorov M., Ali M., Tursunbayeva A., Aitmagambetova I., Kilgore P., Ismailov S., Chorba T.</i> COMPARATIVE TUBERCULOSIS (TB) PREVENTION EFFECTIVENESS IN CHILDREN OF BACILLUS CALMETTE-GUÉRIN (BCG) VACCINES FROM DIFFERENT SOURCES, KAZAKHSTAN..... | 88 |
| <i>Khudaykulova G.</i> ANTHROPOMETRIC INDICES IN HIV-INFECTED CHILDREN | 89 |
| <i>Kosherova B.N., Sarsekeyeva N.Y.</i> THE STATE OF THE PROBLEM OF OPPORTUNISTIC INFECTIONS IN PATIENTS WITH HIV INFECTION..... | 89 |
| <i>Shaimardanov N.K., Aukenov N.E., Massabayeva M.R.</i> THE INCIDENCE OF LIVER CANCER IN PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS OF VIRAL ETIOLOGY | 90 |

Превенар 13

Вакцина пневмококковая полисахаридная конъюгированная (13-валентная, адсорбированная)

Защита от инвазивной пневмококковой инфекции (сепсиса, бактериемии, менингита), пневмонии и острого среднего отита, вызываемых серотипами пневмококка, включенными в состав вакцины



Показания к применению

Профилактика заболеваний, вызываемых *Streptococcus pneumoniae* серотипов 1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F и 23F (включая бактериемию, сепсис, менингит, пневмонию и острый средний отит) у детей в возрасте от 2 месяцев до 5 лет.

Способ применения и дозы

Только для внутримышечного введения!

Вакцину вводят **только внутримышечно** – в переднебоковую поверхность бедра (детям до 2-х лет) или в дельтовидную мышцу плеча (детям старше 2-х лет).

Схема вакцинации

| Возраст | Доза | Количество доз | Схема вакцинации |
|---|--------|------------------------------------|---|
| от 2 до 6 месяцев | 0,5 мл | 3+1 Серия трехкратной первичной | 3 инъекции по 0,5 мл каждая, с интервалами между введениями не менее 1 мес. Первую дозу обычно вводят в возрасте 2 месяцев. Ревакцинацию проводят однократно в возрасте 11-15 месяцев дозой 0,5 мл |
| от 2 до 6 месяцев (при массовой вакцинации против пневмококковой) | 0,5 мл | 2+1 Серия двукратной первичной | 2 инъекции по 0,5 мл каждая, с интервалом между введениями не менее 2-х месяцев. Первую дозу обычно вводят в возрасте 2-х месяцев. Ревакцинацию проводят однократно в возрасте 11-15 месяцев дозой 0,5 мл |
| от 7 до 11 месяцев | 0,5 мл | 2+1 | 2 инъекции по 0,5 мл каждая с интервалом между введениями не менее 1 месяца. Ревакцинацию проводят однократно той же дозой на втором году жизни |
| от 12 до 23 месяцев | 0,5 мл | 2 | две инъекции по 0,5 мл каждая с интервалом между введениями не менее 2 месяцев |
| от 2 до 5 лет | 0,5 мл | 1 | однократно дозой 0,5 мл |

Побочные действия

Наиболее частыми нежелательными реакциями были реакции в месте инъекции, повышение температуры, раздражительность, снижение аппетита и нарушение режима сна.

При первичной вакцинации Превенар 13 необходимо учитывать возможный риск апноэ у детей, родившихся при сроке беременности не более 28 недель, и особенно у детей с незрелостью органов дыхания.

Противопоказания

- повышенная чувствительность на предшествующее введение Превенар 13 или Превенар
- повышенная чувствительность к вспомогательным веществам и/или дифтерийному анатоксину
- острые инфекционные или неинфекционные заболевания, хронические заболевания в период обострения. Вакцинацию проводят после выздоровления или в период ремиссии.

Лекарственные взаимодействия

Превенар 13 можно вводить детям одновременно (в один день) с любыми следующими антигенами, входящими в состав как моновалентных, так и комбинированных вакцин: дифтерийным, столбнячным, бесклеточным или цельноклеточным коклюшным, *Haemophilus influenzae* тип b, инактивированным полиомиелитным, гепатита В, менингококковым серогруппы С, коревым, эпидемического паротита, краснухи и ветряной оспы, ротавируса.

При одновременной вакцинации Превенар 13 и другой вакциной инъекции делаются в разные участки тела.

Особые указания

Превенар 13 не предназначен для взрослых. Данные о безопасности применения вакцины Превенар 13 при беременности и в период лактации отсутствуют.

С учетом возможных редких случаев анафилактических реакций (на любую вакцину), ребенок должен находиться под соответствующим медицинским наблюдением в течение как минимум 30 мин. При решении о вакцинации ребенка с тяжелой степенью недоношенности (беременность 28 недель), проведение первой вакцинации Превенар 13 предпочтительно делать в условиях стационара с возможностью врачебного наблюдения за состоянием ребенка в течение 48-72 ч. Введение Превенар 13 следует отложить у пациента с острым заболеванием, сопровождающимся гипертермией.

В связи с более высоким риском развития фебрильных реакций детям с судорожными расстройствами, в том числе с фебрильными судорогами в анамнезе, а также получающим Превенар 13 одновременно с цельноклеточными коклюшными вакцинами, рекомендуется профилактическое назначение жаропонижающих средств

Условия отпуска из аптек

По рецепту.

Перед назначением и применением внимательно ознакомьтесь с инструкцией по медицинскому применению.



Представительство Пфайзер Эйч-Си-Пи Корпорейшн в Казахстане:
050000, г. Алматы, пр. Абылай Хана, 141
тел.: +7 (727) 272 27 01, 250 09 16, факс: +7 (727) 272 04 06

Регистрационное удостоверение РК-БП-5№016730 от 24.09.2010 г.
Разрешение на рекламу № от ____ 2012 г.



Обоснованный выбор для лечения ОРВИ и гриппа



Эргоферон

реклама
Пер. № 007362/10
информация для специалистов

- Оказывает противовирусное, противовоспалительное и антигистаминное действие
- Сочетает преимущества этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии
- Имеет широкий спектр противовирусной активности



ООО «НПФ «Материя Медика Холдинг»
Россия, 127473, г. Москва, 3-й Самотечный пер., дом 9
Тел./факс (495) 684-43 33
www.materiamedica.ru
Лицензия № 99-04-000422 от 10.12.07

Цена чистоты измеряется здоровьем!

Аврора
HOLDING

ПРОИЗВОДСТВЕННЫЙ КОМПЛЕКС «АВРОРА» КАЗАХСТАНСКИЙ ПРОИЗВОДИТЕЛЬ ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИХ СРЕДСТВ

- ОБРАБОТКА ПОВЕРХНОСТЕЙ И ПОЛОВ
- ОБРАБОТКА ИНСТРУМЕНТОВ И ЭНДОСКОПОВ
- ГИГИЕНА РУК



ТОО «Производственный комплекс «Аврора»
050028, Республика Казахстан, г. Алматы,
улица Спасская, 68 «А»
Тел. +7 (727) 313 11 88
e-mail: 5000@avh.kz
www.avh.kz



Ингавирин®

Лечение гриппа и ОРВИ



Представительство ОАО «Валента Фармацевтика» в РК
Казахстан, 050009, пр. Абая, уг. ул. Радостовца, 151/115,
БЦ «Алатау», офис 1101
Тел/факс: +7 (727) 334 15 52



Лихорадка у детей до 15 лет. Симптоматическое лечение

Довольно часто клиенты аптек обращаются к фармацевтам с просьбой посоветовать жаропонижающее средство для ребенка. Количество таких просьб возрастает в период всплеска острых респираторных заболеваний. Ведь именно они являются наиболее частой причиной повышения температуры тела у детей. Конечно, за короткое время фармацевту очень сложно в полной мере оценить ситуацию и определить, возможно ли самолечение в каждом конкретном случае, тем более, когда в аптеке стоит очередь. Но сделать это необходимо, так как речь идет о маленьком пациенте. В этом фармацевту могут помочь некоторые руководящие принципы, используемые во многих странах мира.

Лихорадка как симптом

Общезвестно, что причин повышения температуры тела у ребенка может быть много. В частности, она может возникнуть после перегрева (например, после пребывания на жаре или в припаркованном автомобиле в летнее время). Лихорадка, как правило, сопровождается различными инфекционными заболеваниями (бактериальными, вирусными, грибковыми, вызванными простейшими), аллергическими реакциями, прорезывание зубов. Также она довольно часто возникает после иммунизации ребенка.

Когда необходима скорая медицинская помощь

В некоторых ситуациях, фармацевты должны рекомендовать вызов скорой медицинской помощи. Это нужно сделать, когда:

- ребенок плачет и его невозможно успокоить,
- ребенка сложно или невозможно разбудить,
- у ребенка наблюдается затрудненное дыхание, синеватые губы, сильная головная боль, ригидность затылочных мышц,
- повышение температуры тела сопровождается сильной болью, одышкой, нарушением сознания, судорогами.

Когда необходимо обратиться к врачу

В соответствии с рекомендациями Национального института здоровья США (MedlinePlus), родители должны немедленно обратиться к врачу в следующих ситуациях:

- если у ребенка в возрасте до 3 месяцев имеет место температура 38°C и выше,
- если у ребенка в возрасте от 3 до 12 месяцев имеет место температура 39°C и выше,
- если у ребенка старше 12 месяцев имеет место температура 40°C и выше,

- лихорадка у ребенка в возрасте до 2 лет длится дольше 24 часов,
- лихорадка у ребенка старше 2 лет длится дольше 48 часов,

- если, помимо высокой температуры тела у ребенка присутствуют другие симптомы, например, кашель, боль в горле или ушах,

- температура тела (37-37,5°C) периодически повышается, то снижается в течение 7 дней и более, не достигая при этом высоких значений,
- ребенок страдает тяжелыми хроническими заболеваниями, например, серповидно-клеточной анемией, сахарным диабетом, муковисцидозом или заболеваниями сердца,

- ребенок недавно был иммунизирован,
- у ребенка имеется сыпь или появились синяки,
- ребенок жалуется на боль при мочеиспускании,
- у ребенка ослаблен иммунитет (например, при хронической терапии кортикостероидами),
- если недавно имела место поездка в страны третьего мира.

Рекомендации по уходу за ребенком при лихорадке

Самостоятельное симптоматическое лечение лихорадки при ОРЗ допустимо только в тех случаях, которые не перечислены выше. Как видно, их не так уж много, и при этом консультация фармацевта играет огромную роль. Рекомендую жаропонижающий препарат ребенку, несмотря на очередь и дефицит времени, следует тщательно распросить клиента, руководствуясь критериями, которые перечислены выше. Это поможет быстро определить, целесообразно ли самолечение, или ребенок нуждается во врачебной помощи.

Ребенку при повышении температуры тела необ-

ходимо принимать много жидкости (особенно, если имеет место рвота и диарея). Это может быть теплый чай или фруктовый сок, разбавленный равным количеством воды. Не следует принуждать малыша к приему пищи, пока он сам не захочет это сделать.

НЕЛЬЗЯ обтирать ребенка водой – это не поможет снизить лихорадку.

НЕЛЬЗЯ при лихорадке полностью раздевать или перекутывать ребенка. Если ребенок дрожит или сильно потеет, нужно изменить количество его одежды.

Жаропонижающие лекарственные средства применяют только в случае повышения температуры тела до 38°C и выше. Продолжительность самостоятельного применения жаропонижающих средств не должна превышать 3-х суток!

Наиболее приемлемыми жаропонижающими средствами для детей с точки зрения эффективности и безопасности, исходя из международных рекомендаций, являются парацетамол и ибупрофен. Однако детям следует рекомендовать только те препараты, которые выпускаются в педиатрических лекарственных формах со специальными приспособлениями, обеспечивающими точное дозирование и удобство применения препарата. При этом следует дать рекомендации относительно режима дозирования лекарственного средства, условий приема, срока лечения, правил хранения лекарственных средств, а также проконсультировать в отношении мер предосторожности (особенности приема, побочные эффекты, влияние режима питания и т.д.)

Нужно предупредить родителей, что нельзя давать ребенку препараты парацетамола и ибупрофена одновременно. Также не следует рутинно применять альтернирующий режим лечения (чередовать прием парацетамола и ибупрофена). Если малышу не помог парацетамол, то ибупрофен можно дать только через 2-3 часа.

Парацетамол (ацетаминофен)

В детской практике преимущественным является применение парацетамола в виде сиропа, суспензии или суппозитория. Для младенцев более приемлемым является применение лекарственных средств в виде суппозитория, но при наличии диареи их использовать нельзя (они будут просто бесполезны).

Метаболизм парацетамола у детей значительно отличается от взрослых. У взрослых он метаболизируется в сульфат или глюкуронид, небольшие количества выводятся в неизменном виде, всего около 4% препарата под воздействием цитохрома P-450 и глютамина превращаются в конъюгат меркаптуровой кислоты. У детей в возрасте до 12 лет в результате недостаточной зрелости цитохрома P-450 и преобладания сульфатного пути метаболизма образование токсических метаболитов не происходит. Несмотря на это, следует придерживаться суточной дозы 60 мг/кг и призывать родителей к строгому соблюдению ин-

струкции по применению парацетамола.

Парацетамол может вызвать аллергическую реакцию. Кроме того он представляет собой гепатотоксичное лекарственное средство, его передозировка опасна, поэтому нужно выяснить, какие лекарственные средства уже принимает ребенок, чтобы исключить возможность применения двух препаратов парацетамола, имеющих разные торговые наименования.

Следует настоятельно порекомендовать родителям прекратить прием препарата парацетамола и обратиться к врачу, если:

- лихорадка ухудшается,
- лихорадка длится более 5 дней,
- появились новые симптомы, покраснение или отечность.

Ибупрофен

В современной педиатрии ибупрофен применяется для лечения болевого синдрома и лихорадки, включая поствакцинальную гипертермию. Быстрое и эффективное устранение симптомов, обусловленных лихорадкой, особенно важно у детей. Благодаря своим фармакокинетическим свойствам, ибупрофен имеет более быстрое начало и большую продолжительность действия, в сравнении с парацетамолом. Клинически доказано, что ибупрофен имеет сопоставимый с парацетамолом профиль переносимости и безопасности. В отличие от парацетамола у ибупрофена нет токсических метаболитов, и при уменьшенной или случайной передозировке токсичность ибупрофена меньше, чем у парацетамола. Кроме того, схема приема ибупрофена удобнее – три раза в день, в то время как парацетамол следует принимать 4 раза в день.

Тем не менее, фармацевт, рекомендуя ибупрофен, должен предупредить, что препарат способен вызвать аллергическую реакцию, которая может проявиться крапивницей, отеком, покраснением кожи и другими явлениями. В этих случаях следует прекратить использование ибупрофена, и немедленно связаться с врачом. У детей, страдающих язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, принимающих антикоагулянты или кортикостероидную терапию при приеме препарата может повыситься риск кровотечения. Ибупрофен нельзя применять в период до, или после операции на сердце.

Ибупрофен следует давать с пищей или молоком.

Для снижения температуры у детей нельзя применять препараты ацетилсалициловой кислоты и метамизола.

Довольно часто для снижения температуры тела у детей родители применяют отбирания сильно разбавленным этиловым спиртом. В соответствии с рекомендациями FDA, любое такое вмешательство опасно. Ребенок может поглощать спирт и его денатураты через кожу, а также вдыхать алкогольные пары.

По материалам зарубежных руководств Ольга БАЙМЕТОВА

Инструкция по медицинскому применению лекарственного средства

НУРОФЕН® ДЛЯ ДЕТЕЙ (ибупрофен), суспензия для приема внутрь (апельсиновая), 100 мг/5 мл

УТВЕРЖДЕНА

Приказом Председателя Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности МЗ РК от 28 апреля 2012 года №313

Состав. 5 мл суспензии содержат активное вещество - ибупрофен 100 мг, вспомогательные вещества: сироп мальтитола, глицерол, кислота лимонная, натрия цитрат, натрия хлорид, натрия сахаринат, камедь ксантановая, полисорбат 80, домифена бромид, апельсиновый ароматизатор 2М16014, вода очищенная.

Описание. Белая или почти белая суспензия сиропообразной консистенции с апельсиновым запахом.

Фармакотерапевтическая группа. НПВС. Пропионово-кислоты производные. Код АТС M01AE01.

Фармакокинетические свойства

Фармакодинамика. Абсорбция - высокая, связь с белками плазмы - 90%. Медленно проникает в полость суставов, задерживается в синовиальной ткани, создавая в ней большие концентрации, чем в плазме. После абсорбции около 60% фармакологически неактивной R-формы медленно трансформируется в активную S-форму в ЖКТ и печени. Подвергается метаболизму в печени. Время достижения максимальной концентрации в плазме T_{1/2} - 1-2 ч. Период полувыведения - 2 ч. Выводится почками и, в меньшей степени, с желчью (менее 2%).

Фармакодинамика. Нурофен® для детей - НПВС. Оказывает обезболивающее, жаропонижающее и противовоспалительное действие. Механизм действия ибупрофена обусловлен обратимым ингибированием циклооксигеназы, что приводит к уменьшению синтеза простагландинов. Действие Нурофена® для детей может продолжаться до 8 часов.

Показания к применению. Детям с 3 месяцев до 12 лет в качестве жаропонижающего и обезболивающего средства при: ОРЗ, гриппе, детских инфекциях, поствирусных реакциях, инфекционно-воспалительных заболеваниях, сопровождающихся повышением температуры тела, головной и зубной боли, мигрени, невралгиях, боли в ушах и в горле, боли при растяжениях и других видах боли.

Способ применения и дозы. Препарат принимают внутрь. В случае приема Нурофена® для детей вместе с пищей не следует отступать от рекомендуемых дозировок и методов приема препарата. Перед употреблением тщательно взболтать флакон. Для точного отмеривания дозы препарата прилагается двусторонняя мерная ложка (вместимость 2,5 и 5 мл) или мерный шприц. 5 мл препарата содержат 100 мг ибупрофена.

Использование мерного шприца. Вставьте шприц в горлышко флакона. Хорошо взболтайте суспензию. Переверните флакон вверх дном и плавно потяните поршень вниз, набирая суспензию в шприц до нужной отметки. Верните флакон в исходное положение и выньте шприц. Поместите шприц в ротовую полость ребенка и медленно нажимайте на поршень, плавно выпуская суспензию. После употребления промойте шприц теплой водой и высушите его в недоступном для ребенка месте.

Лихорадка и боль. Дозировка зависит от возраста и массы тела ребенка. Разовая доза составляет 5-10 мг/кг массы тела ребенка 3-4 раза в сутки. Максимальная суточная доза не должна превышать 30 мг/кг массы тела ребенка.

Детям в возрасте:

- 3-6 месяцев (вес ребенка более 5 кг): по 2,5 мл 3 раза в сутки, но не более 150 мг в сутки.
- 6-12 месяцев (средний вес 6-10 кг): по 2,5 мл 3-4 раза в сутки, но не более 200 мг в сутки.
- 1-3 года (средний вес 10-15 кг): по 5,0 мл 3 раза в сутки, но не более 300 мг в сутки.
- 4-6 лет (средний вес 15-20 кг): по 7,5 мл 3 раза в сутки, но не более 450 мг в сутки.
- 7-9 лет (средний вес 21-29 кг): по 10 мл 3 раза в сутки, но не более 600 мг в сутки.
- 10-12 лет (средний вес 30-40 кг): по 15 мл 3 раза в сутки, но не более 900 мг в сутки.

Не превышайте указанную дозу!
Постинфекционная лихорадка. Одна мерная ложка или шприц на 2,5 мл детям в возрасте до 1 года, после 1 года, при необходимости, еще одна мерная ложка или шприц на 2,5 мл через 6 часов. Не применяйте более 5 мл в течение 24 часов!

Продолжительность лечения. Не более 3-х дней в качестве жаропонижающего. Не более 5-ти дней в качестве обезболивающего. Если лихорадка сохраняется, обратитесь к врачу.

Побочные действия. Нечасто. Аллергические реакции: крапивница, кожный зуд, различные кожные высыпания, боль в животе, тошнота, диспепсия. Редко. Рвота, метеоризм, диарея, запор. Очень редко. Тяжелые реакции: повышенной чувствительности: отек лица, языка и гортани, одышка, тахикардия, артериальная гипотензия (анафилактический шок, отек Квинке или тяжелый шок); обострение бронхиальной астмы и бронхоспазма; пептическая язва, прободная язва или желудочно-кишечное кровотечение, мелена, рвота кровью, язвенный стоматит, гастрит, обострение язвенного колита и болезни Крона; головная боль; острая почечная недостаточность, папилонекроз (особенно при

длительном приеме). Первыми симптомами являются: лихорадка, боль в горле, поверхностные язвы в полости рта, гриппоподобные симптомы, выраженная слабость, необъяснимое кроветечение и появление кровоподтеков; нарушения функции печени; возможно развитие тяжелых форм кожных реакций, таких как буллезные реакции, включая многоформную эритему, токсический эпидермальный некролиз, синдром Стивенса-Джонсона. *Единичные случаи.* У пациентов с предрасположенными аутоиммунными нарушениями во время лечения ибупрофеном наблюдали симптомы асептического менингита (ригидность затылочных мышц, головная боль, тошнота, рвота, лихорадка или нарушение ориентировки).

В связи с лечением НПВС сообщалось о развитии отеков, артериальной гипертензии и сердечной недостаточности. Эпидемиологические данные и данные клинических исследований позволяют предположить, что применение ибупрофена (особенно в высоких дозах: 2400 мг/сут) и его длительный прием могут быть ассоциированы с небольшим повышением риска эпизодов артериального тромбоза. При появлении побочных эффектов следует прекратить применение препарата.

Противопоказания. Повышенная чувствительность к ибупрофену, ацетилсалициловой кислоте (АСК) или другим НПВП, а так же к другим компонентам препарата; бронхиальная астма, крапивница, ринит, спровоцированные приемом АСК или другими НПВП; язвенное поражение ЖКТ, желудочно-кишечное кровотечение; заболевания крови: гипокоагуляция, лейкопения, гемфилия, геморрагический васкулит; почечная и/или печеночная недостаточность; снижение слуха; дефицит глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы; детский возраст до 3 месяцев.

Лекарственные взаимодействия. Одновременное применение Нурофена® для детей с антикоагулянтами может усилить их действие. Нурофен® для детей повышает концентрацию дигоксина, фенитоина, метотрексата, лития в плазме крови при одновременном применении с этими препаратами. Использование Нурофена® для детей вместе с диуретиками и антигипертензивными средствами снижает их эффективность. Усиливая побочные эффекты минерал- и глюкокортикостероидов (ГКС).

Особые указания. Следует оценить предполагаемую пользу и возможный риск прежде, чем давать Нурофен® для детей, если ребенок в возрасте от 3 до 6 месяцев; принимать другие анальгетики; имеет в анамнезе язвенную болезнь, гастрит, язвенный колит, кровотечения ЖКТ; страдает заболеваниями печени или почек; принимает непрямыми антикоагулянты, препараты для снижения артериального



давления, диуретики, препараты лития, метотрекстат, ГКС, страдает бронхиальной астмой, крапивницей.

Передозировка. Симптомы: боли в животе, тошнота, рвота, головная боль, шум в ушах, метаболический ацидоз, кома, острая почечная недостаточность, снижение артериального давления, брадикардия, тахикардия.

Лечение: промывание желудка (только в течение часа после приема), активированный уголь, щелочное питье, форсированный диурез, симптоматическая терапия.

Форма выпуска и упаковка. 100 мл суспензии в полиэтиленрефуралатном флаконе с крышкой из полиэтилена низкой плотности или полипропилена с прокладкой. Каждый флакон в комплекте со шприцом-дозатором и инструкцией по применению на русском и государственном языках упакован в картонную коробку.

Условия хранения. Хранить в сухом месте, при температуре не выше +25°C.

Срок хранения - 3 года. Не использовать препарат после истечения срока годности, указанного на упаковке.

Условия отпуска из аптек. Без рецепта.

Производитель и упаковщик. «БСМ Лтд», Великобритания

Владелец регистрационного удостоверения. «Рекитт Бенксер Хелскар Интэрнешнл ЛТД», Великобритания, Дансом Лейн, Халл, Ист Йоркшир, X1087JDC, Великобритания.

Адрес организации, принимающей на территории РК претензии потребителей по качеству продукции. 050010, Республика Казахстан, Алматы, ул. Достык, 86 «А», офис 116; тел +7 727 272 88 04; факс +7 727 266 27 96, телефон горячей линии: 8-800-505-1-500 (звонок бесплатный). E-mail: contact_ru@reckittbenckiser.com.

100 мг №10

АРБИДОЛ®

ТОРГОВОЕ НАЗВАНИЕ

Арбидол

МЕЖДУНАРОДНОЕ НЕПАТЕНТОВАННОЕ НАЗВАНИЕ

Умифеновир

ЛЕКАРСТВЕННАЯ ФОРМА

Капсулы 100 мг

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

- гипп А и В, острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ), в том числе осложненные бронхитом, пневмонией - профилактика и лечение у взрослых
- хронический бронхит, пневмония, рецидивирующие герпетические инфекции (в составе комплексной терапии)
- терапия острых кишечных инфекций ротавирусной этиологии (в составе комплексной терапии)

СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ

Для неспецифической профилактики

- 200 мг один раз в день в течение 10-14 дней.

Для лечения

Грипп, другие ОРВИ без осложнений

- 200 мг 4 раза в сутки (каждые 6 часов) в течение 5 суток.

Грипп, другие ОРВИ, осложненные бронхитом, пневмонией

- 200 мг 4 раза в сутки (каждые 6 часов) в течение 5 суток, затем разовую дозу 1 раз в неделю в течение 4 недель.

Хронический бронхит, пневмония, рецидивирующие герпетические инфекции (в составе комплексной терапии)

- 200 мг 4 раза в сутки (каждые 6 часов) в течение 5-7 суток, затем разовую дозу 2 раза в неделю в течение 4 недель.

Острые кишечные инфекции ротавирусной этиологии (в составе комплексной терапии)

- 200 мг 4 раза в сутки (каждые 6 часов) в течение 5 суток.

Максимальная разовая доза - 200 мг.

Максимальная суточная доза - 800 мг.

ПОБОЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

Редко

- аллергические реакции: кожная сыпь, зуд

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

- повышенная чувствительность к компонентам препарата
- детский и подростковый возраст до 18 лет
- беременность и период лактации

ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ

Арбидол следует с осторожностью назначать больным с сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, печени и почек. Не проявляет центральной нейротропной активности и может применяться в медицинской практике в профилактических целях у практически здоровых лиц различных профессий, в т.ч. требующих повышенного внимания и координации движений (водители транспорта, операторы и т.д.). *Особенности влияния лекарственного средства на способность управлять транспортным средством или потенциально опасными механизмами.*

Применение препарата в терапевтических дозах у лиц, работающих с механизмами, и водителей автотранспорта не противопоказано.

ФОРМА ВЫПУСКА И УПАКОВКА

По 10 капсул в контурной ячейковой упаковке из плёнки поливинилхлоридной и фольги алюминиевой печатной лакированной.

1,2 или 4 контурные упаковки с инструкцией по медицинскому применению на государственном и русском языках в пачке из картона.

УСЛОВИЯ ОТПУСКА ИЗ АПТЕК

Без рецепта

ПРОИЗВОДИТЕЛЬ

ОАО «Фармстандарт-Лексредства», 305022, Россия, г. Курск, ул. 2-я Агрегатная, 1 а/18

РК-ПС-5№014944 от «28» декабря 2009 года.

Разрешение № 223 от 20.06.2014 г.

«Имеются противопоказания. Необходимо ознакомиться с инструкцией по медицинскому применению»



INTERFARMA-K

АО «Интерфарма-К»

г. Алматы, ул. Наурызбай Батыра, 17, Тел: 7 (727) 390-85-10

www.interfarma-k.kz



Все, что нужно для слабительного



- Устраняет запор, восстанавливая физиологический ритм толстого кишечника
- Создает благоприятный баланс кишечной флоры



Международное непатентованное название:
Лактулоза

Лекарственная форма:
Сироп 667 г/л, 200 мл, 500 мл, 1000 мл

Состав:
Один флакон содержит активное вещество – лактулоза жидкая 667 г/л,

Показания к применению:
- запоры (регуляция физиологического ритма толстого кишечника)
- состояния, требующие размягчения стула в медицинских целях (геморрой, состояние после операции на толстой кишке и перинальной области)
- печеночная энцефалопатия (лечение и профилактика печеночной комы или прекомы)

Способ применения и дозы:
Дюфалак® сироп для приема внутрь можно принимать разбавленным или неразбавленным. Однократную дозу следует проглатывать сразу и не держать во рту продолжительное время. Способ применения препарата подбирают в зависимости от индивидуальных потребностей пациента.

Если рекомендован однократный прием препарата, то суточную дозу надо принимать в одно и то же время, например, во время завтрака. В период приема слабительных рекомендуется принимать достаточное количество жидкости, до 1,5-2,0 л, или 6-8 стаканов воды в день.

Для лечения запоров и размягчения стула в медицинских целях
Суточную дозу Дюфалака можно принимать однократно или разделить на два приема, используя мерный колпачок. Через несколько дней от начала лечения можно перейти на поддерживающую дозу, в зависимости от терапевтического эффекта. Для развития лечебного эффекта может потребоваться 2-3 дня.

| Возраст | Начальная доза, в день | Поддерживающая доза, в день |
|------------------------|------------------------|-----------------------------|
| Взрослые и подростки | 15-45 мл | 15-30 мл |
| Дети 7-14 лет | 15 мл | 10 мл |
| Дети 1-6 лет | 5-10 мл | 5-10 мл |
| Младенцы младше 1 года | 5 мл | 5 мл |

Для лечения печеночной комы и прекомы (только для взрослых)

Начальная доза по 30- 45 мл 3-4 раза в день. Затем переходят на индивидуально подобранную поддерживающую дозу, так чтобы мягкий стул был 2-3 раза в день.

Побочные действия

В первые дни лечения возможно развитие метеоризма. Как правило, он проходит через несколько дней. При приеме более высоких доз, чем рекомендовано в инструкции, могут

развиться боль в животе и диарея. В таких случаях необходимо снижение дозы. По причине того, что информация о побочных действиях получена из постмаркетинговой практики, точную частоту определить невозможно.

- тошнота, рвота, боль в животе, метеоризм, диарея (при использовании высоких доз)
- электролитный дисбаланс при диарее

Противопоказания

- гиперчувствительность к лактулозе или любому другому ингредиенту
- галактоземия
- кишечная непроходимость

Особые указания

В случае недостаточного терапевтического эффекта в течение нескольких дней после приема препарата, необходимо повторно обратиться к врачу. С осторожностью назначают Дюфалак® пациентам с непереносимостью лактозы. Что касается содержания сахара, терапевтическая доза Дюфалака® для лечения запора не доставит проблем для больных сахарным диабетом. Однако доза, используемая при лечении печеночной прекомы и комы, обычно намного выше, поэтому при назначении Дюфалака® пациентам, страдающим сахарным диабетом, следует учитывать количество лактулозы.

Использование слабительных у детей требует медицинского наблюдения.

Следует принимать во внимание, что в результате лечения может быть нарушен рефлекс дефекации.

Дюфалак® содержит лактозу, галактозу и небольшое количество фруктозы. Поэтому пациенты, страдающие редкими наследственными заболеваниями, такими как непереносимость галактозы или фруктозы, синдром дефицита лактазы Лаппа или синдром мальабсорбции глюкозы-галактозы, не должны принимать Дюфалак®.

Беременность и период лактации

При необходимости Дюфалак® можно применять у беременных и кормящих женщин.

Производитель

Эбботт Байолоджикалз Б.В. Нидерланды
Веервег 12, 8121 AA Олст,

Владелец регистрационного удостоверения

Эбботт Хелскеа Продактс Б.В. Нидерланды

Условия отпуска из аптек

Без рецепта

Перед применением ознакомьтесь с инструкцией по медицинскому применению

Полная информация предоставлена в инструкции по медицинскому применению препарата Сообщить о нежелательном явлении или жалобе на качество препарата Вы можете в представительство компании.

Тел.: +7(727) 244-75-44 (вн. 142)

РК-ЛС-5-№018066 от 14.07.2011

Разрешение № 3420 от 13.08.2012

За дополнительной информацией обращайтесь в представительство компании производителя Абботт Лабораториз С.А. в г. Алматы 050059, ул Достык 117/6, бизнес центр «Хан Тенгри 2» Тел.: +7(727) 244-75-44 факс : +7 727 244-76-44 www.abbott.com

Abbott
A Promise for Life

ВИФЕРОН®

Бережная защита от вирусов

реклама



Лечение и профилактика широкого спектра вирусных и вирусно-бактериальных инфекций (ОРИ, в том числе грипп, герпесвирусные и урогенитальные инфекции, вирусные гепатиты В, С и D).

- ✓ Разрешен детям с первых дней жизни и будущим мамам — с 14 недели беременности
- ✓ Сочетается с другими противовирусными и антибактериальными препаратами
- ✓ Высокая терапевтическая эффективность, обусловленная оригинальной формулой препарата, сочетающей интерферон-α2b и антиоксиданты*



ПК-ЛС-5-№017837

ПК-ЛС-5-№014686, ПК-ЛС-5-№014687,
ПК-ЛС-5-№014688, ПК-ЛС-5-№014689

ПК-ЛС-5-№017849



**Блокирует
размножение
вируса**



**Защищает
здоровые клетки
от заражения**



**Восстанавливает
баланс иммунной
системы**

* «Современная интерферонотерапия гриппа и острых респираторных инфекций у детей»,
Чеботарева Т.А., Выжлова Е.Н. 2013 год, журнал "Лечащий врач", №4.

ВИФЕРОН® Суппозитории, Гель



ферон

(499) 193 30 60

viferon.su