

ЛИТЕРАТУРА

1. The HIV coreceptors CXCR4 and CCR5 are differentially expressed and regulated on human T lymphocytes //C. C. Bleul[et al.] //Proc. Natl. Acad. Sci. U. S. A. – 1997. –Vol. 94 – P. 1925–1930.
2. Low-level CD4+ T cell activation is associated with low susceptibility to HIV-1 infection//F. A.Koning[et al.] –2005. –Vol. 175– P. 6117–6122.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Матиевская Н.В., Жмакин Д.А., Яровая А.Г.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. В последние годы наметилась четкая тенденция активизации энтеровирусной инфекции в мире, о чем свидетельствуют постоянно регистрируемые в разных странах эпидемиологические подъемы заболеваемости и вспышки. Одной из основных особенностей этих инфекций является здоровое вирусоносительство, постоянно обуславливающее возникновение спорадических форм и массовых заболеваний, которое, как и заболеваемость, наблюдается не только среди детей младшего и старшего возраста, но и среди взрослых. Современная классификация энтеровирусов была разработана в 2000 году на основании накопленных к этому времени данных о генетической структуре и филогенетических взаимоотношениях разных представителей рода Enterovirus. В состав вида А входят вирусы Коксаки А2–8, 10, 12, 14, 16 и энтеровирус 71. Вид Enterovirus В является самым многочисленным и включает все вирусы Коксаки В и ЕСНО, за исключением ЕСНО 1, а также вируса Коксаки А9 и энтеровирусов 69, 73, 77, 78-го типов. Вид Enterovirus С объединяет оставшихся представителей вирусов Коксаки А, в том числе 1, 11, 13, 15, 17–22, 24-го типов. Виды Enterovirus D и E сравнительно немногочисленны и включают 2 (Enterovirus 68 и 70) и 1 (A2 plaque virus) представителя соответственно. Кроме того, в состав рода входит значительное количество неклассифицируемых энтеровирусов. Таким образом, род Enterovirus включает в себя более 100 опасных для человека вирусов. Они распространены повсеместно и высокоустойчивы к воздействиям физико-химических факторов [1, 2, 3].

Целью работы явилась оценка качества диагностики ЭВИ с

учетом клинико-эпидемиологических и лабораторных данных.

Материалы и методы. Выполнен анализ клинико-эпидемиологических и лабораторных данных 76 пациентов, поступивших с симптомами ЭВИ в УЗ «ГОИКБ». Пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа - 42 пациента с лабораторно-верифицированным диагнозом ЭВИ; 2-я группа 34 пациента с клинико-эпидемиологическими данными ЭВИ, но отрицательными результатами исследования на маркеры ЭВИ. Диагноз подтвержден выявлением специфических IgM из крови, смывов из носоглотки и спинномозговой жидкости, выявлением энтеровирусного антигена в фекалиях методом ИФА, РНК ЭВИ из спинномозговой жидкости.

Материал (фекалии) для определения энтеровирусного антигена методом ИФА забирался при поступлении. Смывы из носоглотки, кровь и спинномозговая жидкость для определения IgM методом ИФА забирались на 4-ые сутки. ПЦР диагностика ликвора проводилась по результатам люмбальной пункции.

Статистический анализ проводился с использованием электронного пакета «Statistica» v.6.0.

Результаты. Клиническая характеристика пациентов представлена в таблице 1.

Таблица 1 - Клиническая характеристика пациентов

	1-я группа n=42	2-я группа n=34	p*
Средний возраст (годы)	4,3	3,6	>0,05♦
Мужской пол	29 (69%)	15 (44%)	>0,05
Женский пол	13 (31%)	19 (56%)	>0,05
Продолжительность пребывания (дни)	5,4	4,3	>>0,05♦
Лейкоциты (средн.) * 10 ⁹	11,8	12,1	>0,05
Общая слабость	6 (14,3%)	8 (23,5%)	>0,05
Экзантема	14 (33,3%)	8 (23,5%)	>0,05
Везикулезный фарингит	19 (45,2%)	9 (26,5%)	>0,05
Миалгия	3 (7,1%)	0 (0%)	>0,05
Гипертермия	37 (88%)	33 (97%)	>0,05
Головная боль	11 (26,2%)	3 (8,8%)	<0,05
Рвота	9 (21,4%)	3 (8,8%)	>0,05

Примечание: * - Test χ^2 ; ♦ - T-test для независимых выборок.

Как видно из таблицы 1, пациенты в группах не различались по возрасту и полу. В основном в группах были пациенты детско-

го возраста, кроме 2 взрослых, включенных в первую группу. Минимальный возраст пациентов в обеих группах составил 10 месяцев, максимальный в 1-й группе – 28 лет, во 2-й – 12 лет.

Продолжительность пребывания в стационаре в обеих группах составила около 5 дней.

Наиболее распространенным клиническим симптомом в 1-й и во 2-й группах была гипертермия, 88% и 97%, соответственно. Так же у более четверти пациентов в обеих группах наблюдались экзантема и везикулезный фарингит. Не было выявлено достоверных различий у пациентов обеих групп по таким клиническим проявлениям как общая слабость, миалгия, и рвота. Головная боль несколько чаще встречалась в 1-й группе, что было связано с присутствием в ней 6 пациентов с менингитом. Во второй группе наблюдался 1 пациент с диагнозом менингизм.

Лейкоцитоз ($>10 \cdot 10^9/\text{л}$) был отмечен у 32 пациентов (76%) в 1-й группе и у 20 пациентов (58%) во 2-й группе ($p>0,05$). Среднее значение содержания лейкоцитов в 1-й группе составило $11,8 \cdot 10^9/\text{л}$ и $12,1 \cdot 10^9/\text{л}$ - во 2-ой ($p>0,05$).

Таким образом, клинические проявления ЭВИ присутствовали в равной степени в обеих группах.

Примером недостаточного качества лабораторной диагностики является конкретное наблюдение – одновременно возникшее заболевание у двух детей в одной семье, с одинаковыми клиническими проявлениями (везикулезный фарингит, лихорадка, экзантема). Обследование на Ig M к ЭВИ (ИФА) у одного ребенка дало положительный результат, у второго отрицательный.

Выводы. Диагностика ЭВИ, основанная на выявлении антигенов к ЭВ методом ИФА, имеет недостатки, связанные с относительно низкой чувствительностью и специфичностью тест-систем, которые не покрывают весь спектр вирусов, входящих в группу ЭВИ. Молекулярно-генетические методы – выявление РНК в ликворе и крови, также имеют ряд ограничений в связи с высокой стоимостью. В связи с этим значительная часть ЭВИ остается не верифицированной, что является одной из причин поддержания эпидпроцесса по ЭВИ на достаточно интенсивном уровне. В связи с этим требуется регулярный молекулярно-генетический мониторинг циркулирующих в регионе возбудителей ЭВИ с оценкой диагностической точности используемых тест-систем. Диагностика ЭВИ должна быть комплексной, с уче-

том клинико-эпидемиологических и лабораторных данных, отрицательные результаты ИФА не являются основанием для исключения диагноза ЭВИ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Атлас по медицинской микробиологии, вирусологии и иммунологии: учеб. пособие для студентов медицинских вузов / Медицинское информационное агентство; под ред. А. А. Воробьева, А. С. Быкова. - М., 2003. – 183 с.
2. Antona, D. Surveillance of enteroviruses in France, 2000-2004 / D. Antona, N. Lévêque, JJ. Chomel [et al.] // Clin Microbiol Infect Dis. – France. – 2007. – 26(6):403. – p.12
3. Smura, T. Molecular evolution and epidemiology of echovirus 6 in Finland / T. Smura, L. Kakkola, S. Blomqvist, P. Klemola. [et al.] // Infect Genet Evol. – Finland. – 2013. – p.47

ПРИМЕНЕНИЕ СТАТИНОВ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО РЕСПИРАТНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА ВЗРОСЛЫХ

Мацукевич Ж.Д., Некраш М.И., Огурцова Г.В.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность: Острый респираторный дистресс-синдром (далее ОРДС) является серьезной проблемой среди пациентов отделения анестезиологии и реанимации. Актуальность изучения подходов лечения обусловлена высоким процентом смертности среди пациентов с ОРДС. Выявленные свойства статинов позволяют изучать их влияние на исход ОРДС. Некоторые исследователи изучали вопрос о возможном влиянии статинов на снижении частоты и тяжести пневмонии [1][2][3]. Так же изучены такие механизмы действия статинов как уменьшение дисфункции эндотелия, антитромбический эффект, влияние на атерогенез, кардиальные эффекты и влияния на другие органы [4].

Цель: Оценка эффективности применения статинов при остром респираторном дистресс-синдроме взрослых на разных этапах лечения.

Методы исследования: Исследование проводилось среди 7 пациентов с респираторным дистресс-синдромом, которым были назначены статины. Были проанализированы показатели крови (парциальное давление кислорода в артериальной крови и сату-