

вения инфекционных осложнений хирургических пациентов зависит от целого ряда факторов, таких как состояние иммунитета пациента, его аутофлоры и т.д. Структура внутрибольничного инфицирования предполагает экзогенные, эндогенные инфекции и инфекции, обусловленные формированием госпитального штамма. Интенсивность проявлений эпидемического процесса, закономерности его развития определяются степенью инвазии лечебно — диагностического процесса. В системе эпидемиологического надзора в качестве информационных параметров, отражающих состояние эпидемического процесса внутрибольничных инфекций приняты и используются: заболеваемость (частота); частота нестерильных проб материалов; частота нестандартных проб смывов с объектов больницы среды и воздуха; частота нестандартных тестов и проб, контролирующих процесс дезинфекции. Эти показатели являются выходными параметрами и не в полной мере отражают течение эпидемического процесса.

Дополнительно для выявления тенденций эпидемического процесса формирования госпитальных штаммов мы использовали следующие информационные параметры: данные эпидемиологической диагностики эпидемической ситуации по отделениям для определения эпидемического порога заболеваемости пациентов внутрибольничными инфекциями; коэффициент видовой разнообразия микроорганизмов, позволяющий своевременно вмешиваться в эпидемический процесс. Основанием для вмешательства в ход эпидемического процесса является стабильная тенденция к снижению видовой разнообразия микроорганизмов, циркулирующих в отделении. Кроме того, при эпидемиологической диагностике информативным является применение коэффициента разнообразия резистенс — типов для микроорганизмов, имеющих наиболее высокий эпидемический потенциал [3, 4, 5].

Литература

1. Трапезников, Н.Н. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ (состояние онкологической помощи, заболеваемость и смертность) [Текст] / Н.Н. Трапезников, Е.М. Аксель // М.: РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, 2001. — 295 с.
2. Суконко, О.Г. Состояние и перспективы развития онкологии в Республике Беларусь / О.Г. Суконко // Онкологический журнал. — 2011. — Т.5, №4. — С.5—18.
3. Рычагов, И. П. Внутрибольничные инфекции, обусловленные формированием госпитального штамма / И. П. Рычагов, Е. Б. Брусина // Стерилизация и госпитальные инфекции. — 2006. — № 2. — С.14—19.
4. Оценка потенциального риска возникновения внутрибольничных инфекций и алгоритм проведения микробиологического мониторинга в учреждениях родовспоможения: утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 24.12.2011 / О.В. Тонко и [др.]. — БелМАПО. — Минск, 2011. — 37 с.
5. Горбич, Ю.Л. Инфекции, вызванные *Acinetobacter baumannii*: факторы риска, диагностика, лечение, подходы к профилактике / Ю.Л. Горбич, И.А. Карпов, Кречикова О.И. // Медицинские новости. — 2011. — №5. — С. 31—39.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ГЕПАТИТОМ С

*Труханович С.М.¹, Соколова М.В.¹,
Ключарева А.А.³, Юркевич И.В.²,
Оскирко А.Н.³, Бруй Н.В.¹*

1. УЗ «Городская детская инфекционная клиническая больница», г. Минск, Беларусь
2. Комитет по здравоохранению Мингорисполкома, г. Минск, Беларусь
3. ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», г. Минск, Беларусь

Среди детей в Европейском регионе и США гепатит С (ГС) — относительно редкое заболевание (0,2—0,4%) [1, 2]. Актуальность ГС у детей обусловлена высокой частотой хронизации с возможным формированием конечных стадий заболевания вплоть до цирроза печени, у уже вышедших из детского возраста пациентов. Около 4—6% детей с ХГС имеют конечные стадии фиброза или ЦП [1, 2] В настоящее время ГС у детей характеризуется в основном перинатальным инфицированием, при этом риск перинатальной трансмиссии колеблется в пределах 3—7% [1, 2, 3]. В 2010—2011 гг. в Минске было проведено выборочное исследование среди беременных для определения распространенности вируса гепатита С (ВГС) среди этого контингента. Было обследовано на анти-ВГС в ИФА 3665 беременных. Частота распространения анти-ВГС среди беременных составила 0,82%. Выборочное обследование ВГС экспонированных детей позволило выявить в Минске 20 детей с врожденным ГС за 2-летний период.

В настоящее время выявление, диспансеризация и лечение гепатита С в Республике Беларусь в педиатрической практике регламентировано нормативными документами:

- СанПиН «Требования к проведению эпидемиологического надзора за вирусными гепатитами в РБ» (Постановление МЗРБ №11 от 06.02.13).
- СанПиН «Требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и распространения вирусных гепатитов» (Утвержден Постановлением МЗРБ № 11 от 06.02.13).
- Клинический протокол диагностики и лечения детей с инфекционными заболеваниями при оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях УЗ РБ. (Утвержден приказом МЗРБ №961 от 24.08.12).

На основании вышеперечисленных документов все дети, рожденные от ВГС-инфицированных матерей, подлежат диспансерному наблюдению с обследованием на РНК ВГС в 2 и 4 месяца и ранней постановкой диагноза врожденный гепатит С, что дает основание для противовирусной терапии, начиная от 3 лет. В консультативно-диспансерном кабинете УЗ «Городская детская инфекционная клиническая больница» г. Минска, под наблюдением состояли ВГС-экспонированные дети: в 2011 г. — 158 (диагноз врожденного гепатита С установлен 5

детям), 2012 г. — 165 (диагноз врожденного гепатита С установлен 10 детям), 2013 г. — 194 (диагноз врожденного гепатита С установлен 6 детям). В процессе наблюдения 21 ребенка с врожденным гепатитом С у 3 (14,3%) констатирован спонтанный клиренс, наблюдавшийся в возрасте до 3 лет. Всего по г. Минску под диспансерным наблюдением с диагнозом ХГС состояли в 2011 г. 78 пациентов (в т.ч. в исходе врожденного гепатита С — 29), в 2012 г. — 61 (в т.ч. в исходе врожденного гепатита С 39), в 2013 г. — 56 (в т.ч. в исходе врожденного гепатита С — 45). Приобретенный острый ГС диагностирован только у 2 подростков, с выздоровлением в одном случае и хронизацией — в другом.

Современная тенденция в лечении ГС у детей направлена на расширение показаний к противовирусной терапии (ПВТ), направленной на подавление репликации вируса, предупреждение прогрессирования заболевания и инвалидизации [1, 2, 3]. В настоящее время для лечения ГС у детей в Республике Беларусь зарегистрированы и разрешены к использованию противовирусные препараты двух фармакологических групп — интерферона (интерферон-альфа (ИФН-α)), — стандартные и пегилированные, и нуклеозидный аналог (рибавирин).

За период 2010–2013гг. этиотропную комбинированную терапию ИФН-α + рибавирином получили 46 детей в возрасте от 3 до 17 лет, из них: стандартными ИФН-α + рибавирином — 19 пациентов (генотип 1 — 8, генотип 3 — 11); пегилированными ИФН-α + рибавирином — 27 детей (генотип 1 — 20, генотип 2 — 1, генотип 3 — 6). Стартовая вирусная нагрузка значительно варьировала и составила от 28 100 коп\мл до 10 000 000 коп\мл. Комбинированная противовирусная терапия была проведена препаратами: ПегИФН-α (ПегИнtron) из расчета 60 мкг/м² п/к 1 раз в неделю в сочетании с рибавирином из расчета 15 мг/кг/сутки ежедневно. Длительность терапии зависела от генотипа и составила 48 недель при 1 генотипе и 24 недели — при 2 и 3. Разовая доза стандартного ИФН-α составила 3 млн ЕД, с кратностью введения 3 раза в неделю.

Эффективность терапии оценивалась по устойчивому вирусологическому ответу (УВО — неопределяемая вирусная нагрузка спустя 6 месяцев от завершения противовирусной терапии). УВО был достигнут у 11 детей (57,9%) при использовании стандартных ИФН, и у 23 (85,2%) — пегилированных ИФН. Не достигнут ранний вирусологический ответ (РВО) и отмечена неэффективность терапии у 4 больных, у всех генотип 1b, у 3 из них исследован генотип ИЛ 28b, во всех 3 случаях обнаружен С/Т генотип.

Противовирусное лечение не вызвало серьезных побочных эффектов, потребовавших отмены препарата. В ходе комбинированной ПВТ у детей отмечались побочные эффекты — повышение температуры тела от субфебрилитета до фебрильных цифр, хорошо купирующийся приемом жаропонижающих в возрастной дозировке, незначительное снижение прибавки в массе тела с последующим восстановлением веса в течение первых шести месяцев после окончания терапии. Регулярный контроль (каждые 3 месяца) функции щитовидной железы, позволил своевременно на 36 неделе терапии констатировать субклинический гипотиреоз у одной пациентки,

была своевременно проведена коррекция функции щитовидной железы L-тироксидом в возрастной дозе в течение 6 месяцев, не прерывая противовирусную терапию, и достигь УВО.

Таким образом, организация обследования беременных на ВГС, с последующей диспансеризацией ВГС экспонированных детей позволяет своевременно диагностировать врожденный ГС у детей, начинать ПВТ в 3 года с вероятностью высокой эффективности с предикторами УВО (молодой возраст, короткая продолжительность заболевания, отсутствие/начальный фиброз, легкость достижения приверженности); и низкой частотой побочных эффектов, а, следовательно, возможной элиминации такой нозологической формы как врожденный ГС у детей.

Литература

1. Ключарева А.А., Романова О.Н. Новые возможности в лечении гепатита С у детей // Клиническая инфектология и паразитология 2012. — №3 — 4(03). — С.98–119.
2. NASPGHAN Practice Guidelines: Diagnosis and Management of Hepatitis C Infection in Infants, Children, and Adolescents Cara L. Mack, Regino P. Gonzalez-Peralta, Nitika Gupta, Daniel Leung, Michael R. //JPGN. — 2012; V. 54: 838–855.
3. Schwarz, K.B. The combination of ribavirin and peginterferon is superior to peginterferon and placebo for children and adolescents with chronic hepatitis C / K.B. Schwarz, R.P. Gonzalez-Peralta, K.F. Murray, J.P. Molleston [et al.] // Gastroenterology. — 2011; 140: 450–458.

ЗАКОНОМЕРНОСТИ ЭКСПРЕССИИ CD95 НА ЛИМФОЦИТАХ КРОВИ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Тумаш О.А.¹, Петренев Д.Ю.¹, Жаворонок С.В.²

1. УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, Беларусь
2. УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Беларусь

Несмотря на исследования механизмов патогенеза ВИЧ-инфекции, многие моменты в расшифровке механизмов, обуславливающих прогрессирование заболевания, до сих пор не нашли однозначного ответа. Установлено, что стойкая виремия и/или состояние хронической иммунной активации, характеризующие ВИЧ-инфекцию, могут быть первичным механизмом, ответственным за ускорение темпов апоптоза лимфоцитов при СПИДе [1–3], и величина апоптоза коррелирует с прогрессированием иммунодефицита на фоне ВИЧ-инфекции [4–5]. Однако до конца не выяснены закономерности апоптоза в различных популяциях и субпопуляциях лимфоцитов и на различных стадиях ВИЧ-инфекции.

Цель исследования: Оценить уровни экспрессии Fas/Apo-1 (CD95+)-антигена на лимфоцитах ВИЧ-инфицированных пациентов на различных стадиях заболевания.

Материалы и методы. Были использованы данные клинико-иммунологических исследований 59