

ЖУРНАЛ ИНФЕКТОЛОГИИ

МАТЕРИАЛЫ IV КОНГРЕССА ЕВРО-АЗИАТСКОГО ОБЩЕСТВА ПО ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ
18–20 мая 2016 года

Приложение

Том 8 №2, 2016

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 8, № 2, 2016

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.

д.м.н. профессор Жданов К.В. (зам. гл. редактора)

д.м.н. профессор Клишко Н.Н.

д.м.н. профессор Ковеленов А.Ю.

д.м.н. профессор Котив Б.Н.

д.м.н. Кузин А.А.

к.м.н. Левандовский В.В.

д.м.н. Лиознов Д.А.

д.м.н. профессор Нечаев В.В.

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 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 Семенов В.М. (Беларусь)

академик РАН

д.м.н. профессор Сергиев В.П. (Москва)

д.м.н. профессор Сыздыков М.С. (Казахстан)

д.м.н. профессор Тимченко В.Н. (Санкт-Петербург)

академик РАН

д.м.н. профессор Тотолян А.А. (Санкт-Петербург)

академик РАН

д.м.н. профессор Учайкин В.Ф. (Москва)

иностраный 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.

M.D. professor Zhdanov K.V. (deputy editor)

M.D. professor Klimko N.N.

M.D. professor Kovelonov A.Yu.

M.D. professor Kotiv B.N.

M.D. Kuzin A.A.

C.M.S. Levandovskiy V.V.

M.D. Lioznov D.A.

M.D. professor Nechaev V.V.

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 Ambrozaitis A. (Lithuania)

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 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 Semenov V.M. (Belarus)

member of the Russian Academy of Sciences

M.D. professor Sergiev V.P. (Moscow)

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

«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. Издается 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 РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
МЕЖДУНАРОДНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
«ЕВРО-АЗИАТСКОЕ ОБЩЕСТВО ПО ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ»
ФЕДЕРАЛЬНОЕ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОЕ АГЕНТСТВО
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИЙ»
КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА
АССОЦИАЦИЯ ВРАЧЕЙ-ИНФЕКЦИОНИСТОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА
И ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКАЯ НАУЧНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
«ЦЕНТР ИЗУЧЕНИЯ КЛЕЩЕВЫХ, НОВЫХ И ВОЗВРАЩАЮЩИХСЯ ИНФЕКЦИЙ»
ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ «ЧЕЛОВЕК И ЕГО ЗДОРОВЬЕ»
АССОЦИАЦИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ПРОИЗВОДИТЕЛЕЙ
ЕВРАЗИЙСКОГО ЭКОНОМИЧЕСКОГО СОЮЗА

IV КОНГРЕСС ЕВРО-АЗИАТСКОГО ОБЩЕСТВА ПО ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ

(проводится в соответствии с письмом Минздрава России от 21.04.2016 г. № 21-2/10/2-2464)



18–20 мая 2016 года
Санкт-Петербург
РОССИЯ

IV конгресс Евро-азиатского общества по инфекционным болезням / Материалы конгресса. – СПб., 2016 – 113 с.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ

Почетный председатель Евро-Азиатского Общества по Инфекционным Болезням
академик РАН профессор **Покровский В.И.** (Россия)

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

Сопредседатели Оргкомитета Конгресса

Председатель Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга
Колабутин В.М.

Профессор **Амиреев С.А.** (Казахстан)

Профессор **Ахмедова М.Д.** (Узбекистан)

Профессор **Де Роза Ф.** (Италия)

Профессор **Семенов В.М.** (Беларусь)

Рабочая группа оргкомитета

Ответственный секретарь:

Доцент **Волжанин В.М.** тел/факс +7 (812) 347-64-53, +7(921)961-36-44; e-mail: scs@niidi.ru

Секретари:

Доцент **Захаренко С.М.** +7 (812) 292-34-33; e-mail: infectology_vma@mail.ru

Доцент **Лебедев М.Ф.** +7 (921) 951-17-91; e-mail: lmf53@mail.ru

ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ПАРТНЕР ОТИСИФАРМ

ГЛАВНЫЕ СПОНСОРЫ

MSD

ЭББВИ

СПОНСОРЫ

**Материа Медика
Валента**

**Джонсон & Джонсон
Р-ФАРМ**

УЧАСТНИКИ И ПОДДЕРЖИВАЮЩИЕ КОМПАНИИ

Ниармедик Плюс

Пфайзер

ГлаксоСмитКляйн

Бристол-Майер Сквибб

Петровакс Фарм

Полисан

Еврофарм

Биокодекс

Алкалоид Рус

Вилар

Альфалаб

Геден Рихтер

Завод Медсинтез

Биокад

ИНФОРМАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА

Вестник инфектологии и паразитологии www.infectology.ru
www.niidi.ru

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

исследовании с участием 36 пациентов с хронической HCV-инфекцией также выявилось значительное улучшение в отношении синдрома хронической усталости и депрессии (Piche T., 2005). Эти факты являются еще одним подтверждением того, что важную роль в возникновении усталости играет дисфункция серотонинергических путей, на что указывает снижение в сыворотке крови уровня триптофана и снижение синтеза серотонина. (Cozzi A., 2006).

Хотя окончательные выводы относительно патогенеза когнитивных нарушений, утомляемости и депрессии у HCV-инфицированных больных требуют дальнейшего изучения, многие данные подтверждают роль самого вируса в возникновении патологии ЦНС. Исходя из этого, можно предположить, что HCV-вирус тропен к нервной ткани и репликация затрагивает ЦНС. Когнитивные нарушения, связанные с HCV-инфекцией, опосредованы не только следствием дисметаболических церебральных расстройств при печеночной энцефалопатии, но и прямого цитотоксического действия нейротропного вируса. Вместе с тем, патогенетические особенности интеллектуально-мнестических расстройств при HCV-инфекции требуют дальнейшего уточнения с проведением дополнительных исследований.

*Ляховская Н.В., Дмитраченко Т.И.,
Островская О.С., Крылова Е.В., Стычневская Е.В.*

ВИРУСНЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ

г. Витебск, Беларусь

В последнее время в Республике Беларусь произошли существенные изменения в этиологической структуре острых кишечных инфекций (ОКИ), что особенно характерно для детского возраста. На смену классическим бактериальным патогенам, как и в других регионах мира, пришли вирусы, которые вызывают до 50-80% всех случаев острых кишечных инфекций у детей.

Сравнительный анализ клинических проявлений вирусных гастроэнтеритов был проведен у 140 детей, госпитализированных в Витебскую областную инфекционную клиническую больницу (ВОИКБ) за период 2014-2015 гг.: 58 пациентов с РВИ (РВИ), 70 пациентов с НВИ (НВИ), 12 – со смешанной ротавирусно-НВИ (РНВИ).

Как показал анализ, на долю пациентов, госпитализированных в ВОИКБ по поводу вирусных кишечных инфекций в 2014-2015 гг., приходилось 25,6-29,5% от общего количества госпитализированных с ОКИ. Суммарный удельный вес пациентов с НВИ в этот период составил от 3,9% до 4,7% от всех пациентов с ОКИ, что подтверждает общую тенденцию в изменении структуры ОКИ, наблюдающуюся в последние годы.

Эпидемический процесс при НВИ характеризовался четкой сезонностью. В период 2014–2015 гг. наблюдался сезонный подъем заболеваемости с сентября по декабрь. При этом увеличение числа госпитализаций по поводу НВИ предшествовало сезонному подъему заболеваемости РВИ. Среди пациентов с НВИ дети различных возрастных групп встречались приблизительно с одинаковой частотой. На долю детей в возрасте от 3 до 5 лет и старше 5 лет приходилось 20% и 30% случаев госпитализаций соответственно, детей младшего возраста – 37,1%.

Пациенты поступали в стационар в разные сроки от начала заболевания. Подавляющее большинство пациентов с РВИ поступали на 2-3 сутки болезни Me (25%; 75%); 2 (2; 3), в то время как при НВИ – в 1-2 день Me (25%; 75%); 2 (1; 2), что может свидетельствовать о более бурном начале заболевания при НВИ.

НВИ характеризовалась остро возникающей многократной рвотой (94,29±2,79%). Диарея у пациентов с НВИ регистрировалась только в 58,57±5,93%, что было достоверно реже в сравнении с РВИ (p<0,001). Стоит отметить, что у 87,80±5,17% детей с НВИ кратность стула не превышала 5 раз в сутки и в подавляющем большинстве случаев (80,49±6,27%) диарея сохранялась не более двух дней, что достоверно отличалось от РВИ, при которой синдром диареи был более выраженным и продолжительным (p<0,001). Вовлечение в процесс толстого кишечника наблюдалось в 25,86±5,80% случаев при РВИ, и не было зарегистрировано ни у одного пациента при НВИ. Интересен тот факт, что при РНВИ патологические примеси в стуле имели место у 50,00±15,08% пациентов.

Лихорадка была менее характерна для НВИ и регистрировалась только у 65,71±5,71% детей, была непродолжительной – в 80,43±5,91% случаев сохранялась не более двух дней, в то время как у 42,86±6,67% пациентов с РВИ и у 41,67±14,86% пациентов с РНВИ лихорадка сохранялась в течение 3-5 дней и более.

Достоверно чаще (p<0,001) у детей с НВИ в сравнении с РВИ при поступлении регистрировался лейкоцитоз нейтрофильного характера (44,29±5,98%), что в сочетании со рвотой и болями в животе требовало проведения дифференциальной диагностики с острой хирургической патологией. Причем нормализация гемограммы у большинства пациентов происходила уже на вторые-третьи сутки заболевания.

Манкевич Р.Н., Савич О.Л.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ «ЛИНЕКС ФОРТЕ» У ДЕТЕЙ С РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Минск, Беларусь

Заболеваемость ротавирусной инфекцией (РВИ) в последние годы неуклонно растет. Использование пробиотиков при инфекционной диарее в настоящее время признано эффективным методом профилактики и лечения. Поэтому целью нашего исследования было оценить клиническую эффективность использования «Линекс Форте» в терапии РВИ у детей в возрасте до 3-х лет.

Нами обследовано 122 ребенка в возрасте от 1 до 36 месяцев, находившихся на стационарном лечении с РВИ в 2015 г. в УЗ «Городская детская инфекционная клиническая больница». Верификация диагноза осуществлялась обнаружением ротавирусного антигена в фекалиях пациентов методом иммуноферментного анализа. Все пациенты с РВИ были разделены на две группы: в основную группу были включены 92 ребенка (ср. возр. – 11,2 ± 2,1 мес.), контрольная группа составила 30 детей (ср. возр. – 18,1 ± 3,1 мес.), p > 0,05. Пациентам обеих групп были назначена регидратационная терапия, энтеросорбенты. Пациенты основной группы были разделены на две подгруппы – I и II. Дети I подгруппы (59 человек) с первого дня поступления получали «Линекс Форте» (Sandoz, Словения) по

1 капсуле в сутки, дети II подгруппы (33 человека) получали «Линекс Форте» по 1 капсуле 2 раза в сутки. Статистическая обработка полученных данных проводилась методами математической статистики с использованием стандартного программного обеспечения для IBM PC.

Все пациенты поступали в стационар на 1-2-е сутки от начала заболевания в состоянии средней степени тяжести с дегидратацией II степени. У 58 % пациентов основной группы и у 70% пациентов контрольной группы отмечалось повышение температуры до 38 °С (ср. значение $37,9 \pm 0,1$ и $37,7 \pm 0,2$ °С соответственно, $p > 0,05$). У некоторых детей обеих групп имела место нечастая рвота – до 2-3 раз в сутки. Так, средняя кратность рвоты у детей основной группы составила $3,3 \pm 0,3$ раз/сут, а у детей контрольной группы – $3,9 \pm 0,8$ раз/сут ($p > 0,05$). Основным клиническим симптомом у пациентов была диарея. У всех детей стул был обильным, водянистым, светлых оттенков без патологических примесей. Кратность стула при поступлении составила в основной группе $5,4 \pm 0,5$ раз/сут (в I подгруппе – $5,0 \pm 0,4$ раз/сут и $5,9 \pm 0,6$ раз/сут во II подгруппе), в контрольной группе – $5,3 \pm 0,9$ ($p > 0,05$). На 2-е сутки приема «Линекс Форте» частота стула достоверно уменьшилась у пациентов основной группы: у детей I подгруппы – до $2,63 \pm 0,3$ раз/сут ($p < 0,05$), II подгруппы до $2,61 \pm 0,3$ раз/сут ($p < 0,05$) и несколько уменьшилась у детей контрольной группы – $4,53 \pm 0,5$ раз/сут ($p > 0,05$). При этом изменилась не только кратность стула, но и его характер. У большинства пациентов основной группы стул приобрел кашицеобразный характер, в то время как у детей контрольной группы он оставался водянистым. На 3-и сутки лечения «Линекс Форте» у пациентов обеих подгрупп основной группы стул нормализовался по характеру и частоте по сравнению с детьми контрольной группы ($2,29 \pm 0,3$ раз/сут в I подгруппе и $1,44 \pm 0,2$ раз/сут во II подгруппе против $3,24 \pm 0,3$ раз/сут в контрольной группе, $p < 0,05$). При этом получена достоверная корреляционная обратная зависимость уменьшения частоты диареи от кратности приёма «Линекс Форте» (коэффициент корреляции $r = -0,3$, $p < 0,05$).

Таким образом, использование «Линекс Форте» в лечении РВИ у детей в возрасте до 3-х лет способствует скорейшей инволюции диарейного синдрома.

Мартынов В.А., Жданович Л.Г., Агеева К.А.

ЭССЕНЦИАЛЬНЫЕ ФОСФОЛИПИДЫ В ТЕРАПИИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

г. Рязань, Россия

Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) привлекает внимание широкого круга специалистов. Наряду с применением основных препаратов, используемых для лечения НАЖБП, активно используются гепатопротекторы – эссенциальные фосфолипиды (ЭФЛ).

Цель исследования. Сравнение эффективности и безопасности гепатопротекторов, содержащих ЭФЛ-производства Белоруссии и России (фосфоглив), у пациентов с НАЖБП.

Обследовано 72 пациента с НАЖБП: 45,83% женщины и 54,17% мужчин (22-74 лет). Пациенты были разделены на две группы: основная группа получала препарат ЭФЛ (Беларусь) по 2 капс. 3 р/д, группа сравнения – препарат фосфоглив по 2 капс. 3 р/д в течение 28 дней.

Группы были сопоставимы по полу, возрасту, степени НАЖБП. Проведено комплексное клиничко-лабораторное обследование, УЗИ ОБП, оценено качество жизни (опросник SF-36).

Эффективность проводимой терапии осуществлялась путем сравнительного анализа динамики концентраций АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы, гамма-ГТП – выявлено достоверное снижение АСТ, АЛТ, гамма-ГТП в обеих группах ($p < 0,001$). Также наблюдался регресс клинических симптомов НАЖБП, что отразилось на показателях качества жизни «Physical Health» и «Mental Health». Отмечено статистически достоверное увеличение показателя «Physical Health» опросника SF-36 на момент окончания периода активной терапии ($p < 0,001$ и $p < 0,0001$ у пациентов, принимавших исследуемый препарат и препарат фосфоглив, соответственно). Данные по безопасности не выявили нежелательных явлений.

В результате проведенного исследования доказана не меньшая терапевтическая эффективность исследуемого препарата относительно препарата сравнения у пациентов с НАЖБП по первичным критериям оценки эффективности (активность АЛТ и АСТ) и большинству вторичных критериев (активность гамма-ГТ). Продемонстрировано достаточное совпадение профиля безопасности и переносимости исследуемого препарата и препарата сравнения, что свидетельствует о терапевтической эквивалентности в рамках клинически допустимых границ.

Мартынов В.А., Клочков И.Н.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И САНАЦИОННЫЕ БРОНХОСКОПИИ У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ГРИППА С РАЗВИТИЕМ ОРДС

г. Рязань, Россия

Наблюдались 7 взрослых пациентов с тяжелыми формами гриппа с развитием пневмонии и ОРДС. Диагноз устанавливался согласно отечественным рекомендациям и протоколам ВОЗ. Всем пациентам проводилась инвазивная ИВЛ. Показанием к диагностической ТБС являлось низкое ($< 70\%$) SpO_2 периферической крови при содержании кислорода во вдыхаемой смеси 70 и более %, отрицательная динамика с клиническими и Rg - логическими признаками ателектаза и гиповентиляции легких. Диагностическая ТБС выполнялась больным в первые 24 – 48 часов после интубации трахеи при постоянной вентиляции легких с повышенным до 85 – 95% содержанием кислорода. Выявлялось умеренное количество слизисто-геморрагического отделяемого, отек слизистой оболочки и обильные подслизистые геморрагии главных и долевых бронхов. Из сегментарных бронхов нижних долей аспирировалось вязкое слизисто-гноное отделяемое и фибриновые «слепки», что являлось показанием к санационной ТБС с целью улучшения бронхиальной проходимости. Санация трахеобронхиального дерева (ТБД) проводилась ежедневно 2,5% раствором натрия гидрокарбоната с 1% раствором диоксида из расчета 20,0 мл 1% диоксида на 200,0 мл 2,5% р-ра натрия гидрокарбоната. После санации SpO_2 возрастал до 85-90%, на фоне снижения содержания кислорода во вдыхаемой смеси до 50-60%. При динамическом наблюдении подслизистые геморрагии исчезали к 3-4 суткам. Характер отделяемого изменялся от слизисто-геморрагического до слизисто-