

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.

денным направительным диагнозом «рожа»:

- флегмона наблюдалась у 21 (42,9%) больного, как при роже, имело место острое начало с высокой лихорадкой и явлениями выраженной интоксикации, но в отличие от рожи в месте локализации процесса возникла сильная боль, иногда пульсирующая, наблюдалась резкая болезненность при пальпации, гиперемия кожи на фоне плотного инфильтрата, наиболее выраженная в центре, без четких границ;

- нагноившаяся рана – 8 (16,3%) пациентов – имела связь с повреждением кожных покровов, а вместо серозного/серозно-геморрагического воспаления, характерного для рожи, здесь наблюдалось гнойное воспаление;

- бурсит – 7 (14,3%) больных – в месте анатомического расположения сумки наблюдалась округлая ограниченная болезненная припухлость мягко-эластической консистенции, флюктуирующая, диаметр припухлости достигал 7-8 см; отмечались жалобы на боли в области припухлости, недомогание; повышение температура тела; функция сустава была умеренно ограничена;

- острый тромбоз вен – 5 (10,2%) пациентов – имела место болезненность мышц и тканей по ходу сосудисто-нервных пучков;

- гнойный артрит – 4 (8,2%) больных – среди симптомов наблюдались: боль, отек и покраснение в области суставов (чаще коленного или локтевого), ограничение объема движений, конечность полусогнута, локальное повышение температуры в области сустава, общая интоксикация;

- абсцесс – 3 (6,1%) пациентов (в т.ч. 1 случай абсцесса челюсти) – главный признак – флюктуация в очаге;

- гангрена – 1 (2,0%) больной – наблюдались участки некрозов мягких тканей.

Выводы. В повседневной практике наиболее часто приходится дифференцировать рожу с гнойными поражениями, подлежащими лечению в отделении гнойной хирургии. Кроме того, нередко приходится дифференцировать рожу с острой сосудистой патологией, требующей лечения у ангиохирурга. В отдельных случаях может возникнуть потребность в госпитализации в отделение челюстно-лицевой хирургии.

*Ратникова Л.И., Шип С.А., Иванькова Г.И.,
Михеева Т.В., Мисюкевич Н.Д.*

СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ, ВСПОМОГАТЕЛЬНАЯ РОЛЬ В ЭТОМ ОКСИДА АЗОТА (NO)

г. Челябинск, Россия

Проблема диагностики острых кишечных инфекций (ОКИ) многогранна. ОКИ по своей симптоматике сходны со множеством нозологий терапевтического, хирургического, гинекологического профиля. Сложна клинико-эпидемиологическая диагностика внутри самой группы ОКИ: не всегда можно уверенно предсказать, в каком случае будет сальмонеллез, а в каком - пищевая токсикоинфекция (ПТИ), что, в свою очередь, может иметь большое значение для выбора адекватной лечебно-профилактической стратегии.

Цель и задачи. Изучить круг заболеваний неинфекционного профиля, сходных с ОКИ. Изучить в зависимости от этиологии ОКИ дифференциально-диагностическую

ценность интенсивности синтеза оксида азота (NO) - эндогенного межклеточного посредника.

По результатам анализа работы инфекционного корпуса ГКБ №8 г. Челябинска за 2014-2015 гг. было проанализировано 146 случаев, когда у пациентов, первоначально направленных в инфекционный стационар с диагнозом «ОКИ», данный диагноз был исключен, и им требовалась госпитализация в стационары неинфекционного профиля. Кроме того, проведено исследование с включением 119 больных с предварительным диагнозом «сальмонеллез», у которых оценивался уровень продукции эндогенного оксида азота (NO) по концентрации в сыворотке крови его конечных стабильных метаболитов: нитритов (NO₂-), нитратов (NO₃-) и их суммарного содержания (NO_x).

Из 146 пациентов с исключенным диагнозом «ОКИ»:

- 85 (58,2%) больных были направлены в хирургическое отделение с диагнозами: острый аппендицит, острая кишечная непроходимость, острый панкреатит, острый холецистит, желудочно-кишечное кровотечение, новообразование, язва желудка;

- 29 (19,9%) – в терапевтические отделения с диагнозами: пневмония, гипертонический криз, сахарный диабет, анемия, цирроз печени;

- 17 (11,6%) – в гинекологическое отделение с диагнозами: эндометрит, киста яичника, острый пиелонефрит беременных, токсикоз беременности, тубоовариальное образование, миома матки;

- 14 (9,6%) – в урологическое отделение с диагнозами: острый пиелонефрит, почечная колика, острый простатит;

- 10 (6,8%) – в нервное отделение с диагнозами: синдром позвоночной артерии, субарахноидальное кровоизлияние, острое нарушение мозгового кровообращения, цефалгический синдром;

- 1 (0,7%) – в противотуберкулезный диспансер с диагнозом: туберкулез лёгких.

Из 119 больных с предварительным «рабочим» диагнозом «сальмонеллез» лабораторное подтверждение (выделение культуры Salmonella) было получено у 82 (68,91%) пациентов; в остальных случаях были: ПТИ - 36 (30,25%); дизентерия - 1 (0,84%). При этом концентрация NO_x у пациентов с сальмонеллезом в сравнении с ПТИ была статистически значимо выше (p = 0,039): 27,42 мкМ/л (22,42-34,14) и 24,45 мкМ/л (18,93-29,55) соответственно.

Выводы. Клиническая картина ОКИ может быть сходна с большим числом неинфекционных болезней. Сравнительно более высокие показатели эндогенной продукции оксида азота (NO) чаще ассоциированы с сальмонеллезом, нежели с пищевой токсикоинфекцией, что может быть использовано в дифференциальной диагностике.

*Романова О.Н., Коломиец Н.Д., Ключарева А.А.,
Гасич Е.Л., Еремин В.Ф.*

ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ С У ДЕТЕЙ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ

Минск, Республика Беларусь

Частота выявления маркеров гепатита С в детской популяции в настоящее время составляет 0,5 %. Целью данного исследования явилось изучить частоту выявления, клинику и оценить эффективность лечения хронического гепа-

тата с (ХГС) у детей со злокачественными заболеваниями (ЗН). Материалы и методы. В исследование включено 108 пациентов со ЗН и 31 ребенок с ХГС без ЗН. Результаты исследования: маркеры HCV-инфекции у больных со ЗН выявлялись у 28,1% пациентов в период с 1997 по 2002 гг., в 2,2% случаях - в период с 2003 по 2007 гг. и в 0,68% случаях - в период с 2008 по 20012 гг. ($p < 0,05$). Снижение частоты выявления HCV-инфекции связано с улучшением тестирования препаратов крови, применением одноразового инструментария. Клиническая симптоматика ХГС у детей со ЗН характеризовалась гепатомегалией – у 95 (88%), желтухой – у 17 (15,7%) и спленомегалией – у 16 (14,8%) больных, более высокими уровнями АлАТ ($213,1 \pm 24,2$ Ед/л, $p < 0,000063$, и $69,1 \pm 8,3$ Ед/л соответственно), АсАТ ($135,3 \pm 15,5$ Ед/л, $p < 0,000038$, и $43,3 \pm 4,6$ Ед/л соответственно) и чаще наблюдалась умеренная (21,3%, $p < 0,001$) и высокая (24,1%) биохимическая активность, чем у детей без ЗН. Результаты генотипирования 89 образцов РНК по участку гена core/E1 ВГС показали, что 69 проб (90,8%) относились к 1b подгенотипу, 4 (5,3%) – к 3a, 2 (2,6%) – к 1d и 1 (1,3%) – к 1a. Впервые проведенные филогенетические исследования 250 образцов 1b подгенотипа ВГС, полученных от пациентов, проживающих в разных регионах Беларуси, показал, что все нуклеотидные последовательности, принадлежащие пациентам с онкологическими и гематологическими заболеваниями, образуют самостоятельные кластерные группы, что свидетельствует о возможности множественного инфицирования разными вариантами 1b подгенотипа ВГС. При анализе гистологических препаратов ИГА соответствовал в 56% биоптатах минимальной активности (ИГА=2,3±0,3), в 32% – слабовыраженной (ИГА=3,5±0,6), в 12% – умеренной (ИГА=8). Средний показатель ИГА составлял $4,8 \pm 0,5$ баллов. При оценке фиброза 1 степень отмечена в 44% случаях, 2 степень – в 12%, 3 степень с трансформацией в цирроз – в 8%, и фиброз отсутствовал в 36% случаях. Среди пациентов с ХГС HCV RNA обнаружена у 97,3% больных и только у 71,3% из них выявлены anti-HCV, у 31,5% детей с активной репликацией вируса антитела отсутствовали. На момент исследования средняя длительность HCV-инфекции в данной группе составляла $162,8 \pm 3,1$ мес. Исчезновение HCV RNA без проведения этиотропного лечения наблюдалось лишь у 10,9% больных.

*Романова О.Н., Минаковская Н.В., Гейкер В.Р.,
Адамович П.Е.*

ПОСТТРАНСПЛАНТАЦИОННЫЙ ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫЙ ВЭБ-АССОЦИИРОВАННЫЙ СИНДРОМ

Минск, Республика Беларусь

Вирус Эпштейна–Барр-ассоциированный посттрансплантационный лимфолиферативный синдром (ПТЛС) – заболевание, в основе которого лежит лимфоцитарная и/или плазмочитарная пролиферация зараженных вирусом Эпштейна–Барр (ВЭБ) клеток, возникающая у реципиентов внутренних органов или гемопоэтических стволовых клеток в результате иммуносупрессии. Синдром встречается редко, в 2% случаев, однако является одним из самых серьезных и потенциально смертельных осложнений трансплантации. Ключевыми факторами риска развития ПТЛС являются степень иммуносупрессии и

ВЭБ-серостатус донора и реципиента. Во всем мире вирусом Эпштейна–Барр инфицировано свыше 95% взрослого населения, в то время как ни одна трансплантация не обходится без применения иммуносупрессивной терапии. Риск возникновения ПТЛС увеличивается, если трансплантация проводится от ВЭБ-серопозитивного донора ВЭБ-серонегативному реципиенту, поэтому синдром чаще встречается у детей, что связано с более высоким процентом ВЭБ-серонегативных реципиентов до трансплантации.

Целью нашей работы явилось изучение ранних признаков развития ПТЛС и возможностей ранней диагностики синдрома, а также поиск стратегии эффективной терапии заболевания.

Нами были проанализированы материалы историй болезни 5 пациентов в возрасте от 7 до 20 лет с развившимся ПТЛС или с угрозой его развития после аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (аллоТГСК) на базе ГУ «РНПЦ ДОГИ» г. Минска в период 2005–2015 гг. 4 пациента (80%) до проведения аллоТГСК были ВЭБ-серонегативны, 1 пациент (10%) – ВЭБ-серопозитивен, 100% доноров для данных пациентов были ВЭБ-серопозитивны. Первые признаки манифестации ПТЛС развивались у пациентов в период с +70 до +155 дня после аллоТГСК. Клинически проявлялись: лихорадкой и лимфаденопатией – у 3 пациентов (60%) соответственно, гепатоспленомегалией, лейкопенией и нейтропенией, увеличением уровней АЛТ, АСТ, ЛДГ – у 5 пациентов (100%) соответственно, увеличением уровня СРБ – у 4 пациентов (80%), увеличением уровня общего билирубина – у 1 пациента (20%). При молекулярно-биологическом исследовании методом ПЦР ДНК ВЭБ обнаружена у 4 пациентов (80%). В иммунограмме увеличение уровня CD19+ и CD20+ клеток наблюдалось у 4 пациентов (80%), уровня общего иммуноглобулина – у 3 пациентов (60%). 3 пациентам при появлении первых признаков развития ПТЛС была назначена упреждающая терапия ритуксимабом («мабтера»), что привело к благоприятному для них исходу. 2 пациентам был выставлен клинический диагноз ВЭБ-ассоциированного ПТЛС и назначен ритуксимаб на более поздних сроках развития заболевания, исход данных пациентов летальный.

Исходя из проведенного анализа следуют выводы: 1) Для ранней специфической диагностики ВЭБ-ассоциированного ПТЛС могут служить положительная ПЦР к ДНК ВЭБ и рост уровня CD19+ и CD20+ клеток в иммунограмме, исходя из чего мы предлагаем проводить мониторинг пациентов после аллоТГСК по данным показателям. 2) При обнаружении ДНК ВЭБ и росте CD19+ и CD20+ клеток в иммунограмме необходимо начинать превентивную терапию ритуксимабом («мабтера») с последующим мониторингом иммунограммы и ДНК ВЭБ.

*Ртищева Л.В., Санникова И.В., Ковальчук И.В.,
Пасько В.С., Дохов М.Б.*

АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ГРИППА А(Н1N1PDM 09) В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ В ЭПИДСЕЗОН 2015–2016 ГГ.

г. Ставрополь, Россия

Цель исследования: анализ летальности гриппа А(Н1N1pdm 09) в эпидсезоне 2015–2016 гг. в Ставропольском крае.