

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 Минзграва 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.

Обследовано 286 пациентов с различными формами нейроинфекций и 146 детей групп сравнения: 101 с вирусными энцефалитами, 71 с серозным менингитом, 65 с острым гнойным менингитом, 26 с острой воспалительной полиневропатией, 23 с острым миелитом. Всем выполнены электроэнцефалография (ЭЭГ), электронейромиография (ЭНМГ), соматосенсорные (ССВП), зрительные (ЗВП), акустические стволовые (АСВП) вызванные потенциалы, диагностическая транскраниальная магнитная стимуляция (ТКМС).

При *серозном менингите* наиболее информативными себя показали ЭЭГ, ССВП и ТКМС. Выявлено, что снижение индекса альфа-ритма ниже 14% и дельта-ритма ниже 15% в височных отведениях при проведении ЭЭГ позволяет прогнозировать неблагоприятное течение периода реконвалесценции. При проведении ССВП со срединного нерва с нарастающей частотой (2, 4, 6, 8 Гц) снижение амплитуды коркового ответа соматосенсорных нейронов N 20, P37 на высокочастотную стимуляцию на 40-50% позволяет прогнозировать неблагоприятное течение периода реконвалесценции. При проведении ТКМС повышение амплитуд кортикальных и сегментарных вызванных моторных ответов (ВМО) на 20-30%, снижение порогов кортикальных ВМО на 10-15% при повторном исследовании через 2-4 недели после начала заболевания отражает благоприятное течение восстановительного периода. При *вирусных энцефалитах* наиболее информативными себя показали ЗВП, АСВП, ТКМС и ССВП. ЗВП позволило выявлять скрытое субклиническое поражение зрительных путей у 70% пациентов (достоверные признаки замедления проведения по зрительным путям со средней латентностью пика P100 $119,5 \pm 4,2$ мс, в группе сравнения – $97,6 \pm 3,9$ мс); достоверным являлось также снижение амплитуды ($5,3 \pm 2,4$ мВ по сравнению с $11,8 \pm 6,3$ мВ). Повторное проведение ЗВП позволило объективизировать благоприятное течение восстановительного процесса (после проведенного лечения достоверное укорочение латентности P100 (с $119,5 \pm 4,2$ до $101,4 \pm 3,8$ мс), повышение амплитуд (с $5,3 \pm 2,4$ до $13,1 \pm 2,1$ мВ), уменьшение асимметрии латентностей P100 между сторонами (с $15,2 \pm 10,1$ до $4,05 \pm 1,02$ мс)). ТКМС в 75% случаев позволило выявить нарушение проведения по моторным путям, в том числе субклиническое (асимметрия проведения по моторным путям $3,95 \pm 0,99$ мс). По данным ССВП, частота выявляемых нарушений проведения по соматосенсорным путям при вирусном энцефалите по показателям времени центрального сенсорного проведения (ВЦСП) и амплитуды коркового пика составила 83,5%. При исследовании ССВП в динамике выявлено три паттерна: при ВЦСП до 30% выше $17,4 \pm 1,2$ мс, амплитуд корковых потенциалов $5,1 \pm 1,1$ – $8,5 \pm 2,3$ мкВ клинически отмечается благоприятное течение восстановительного периода. При ВЦСП, увеличенном на 30% и более ($22,4 \pm 3,1$ мс), снижении амплитуды корковых потенциалов ≤ 3 мкВ ($1,5 \pm 1,1$ мкВ), выздоровление имело затяжной характер с замедленным регрессом клинической симптоматики. При снижении амплитуд корковых потенциалов ниже 1 мкВ – до $0,2 \pm 0,4$ мкВ, через 6 месяцев от начала энцефалита клинически наблюдалось неблагоприятное течение энцефалита с формированием органической неврологической симптоматики.

При бактериальных гнойных менингитах информативными себя показали АСВП. Снижение амплитуды либо

исчезновение I пика или повышение его латентности более 2 мс указывают на поражение периферического отдела слухового анализатора, что предполагает наличие невротии слухового нерва. В случаях, когда I пик носит нормальный характер, на фоне острого периода наблюдается достоверное замедление проведения по стволовым слуховым путям диффузного характера (как на медулло-понтинном, так и на понто-мезенцефальном уровнях) (до $4,34 \pm 0,92$ мс). В периоде ранней реабилитации это замедление нивелируется. При *миелитах* наиболее информативной явилась ТКМС. Выявлено, что наличие коркового и сегментарного ВМО отражает признаки сохранности проведения по моторным путям, только сегментарного ВМО при отсутствии коркового является нейрофизиологическим аналогом полного блока проведения по спинному мозгу. При выявлении этого паттерна в 50% случаев впоследствии проведение восстановилось, и появилась способность совершать движения. Отсутствие как коркового, так и сегментарного ВМО ниже места поражения явилось неблагоприятным в прогнозировании восстановления проведения – у всех 3 пациентов в течение 3 лет движения не восстановились. При *острой воспалительной полиневропатии* наибольшее значение имеют данные, полученные с помощью ЭНМГ – при проведении турникетной пробы реактивность невралной проводимости (РНП) падает на 50% по сравнению с таковой в группе сравнения. Это изменение регистрируется начиная с 3-х суток от первых симптомов, что способствует ранней диагностике ОВПНП. Кроме того, величина РНП на 10 минуте ишемии $\leq 3,1\%$ достоверно коррелирует с длительным периодом восстановления ходьбы, т.е. неблагоприятным течением восстановительного процесса.

Выводы. Методики нейрофизиологического исследования позволяют качественно и количественно оценивать функциональное состояние нервной системы у детей с различными формами нейроинфекций. С клинической точки зрения наиболее информативными у пациентов с серозными менингитами явились данные ЭЭГ, ССВП и ТКМС, у детей с вирусными энцефалитами наиболее информативными явились данные ТКМС и ЗВП, у пациентов с бактериальными гнойными менингитами – АСВП; при миелитах – ТКМС и при острой воспалительной полиневропатии – ТКМС. Данные, позволяющие строить предположения о патогенезе нейроинфекций, получены с помощью ТКМС, ЭНМГ и АСВП при серозных менингитах, АСВП при вирусных энцефалитах, АСВП и ЗВП при бактериальных гнойных менингитах. Таким образом, вся панель электрофизиологических исследований дает либо клинические, либо фундаментальные данные у пациентов с различными формами нейроинфекций. Это позволяет рекомендовать при возможности применение этих исследований мультимодально.

Гаврилова О.А., Астапов А.А.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОКЛЮША У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ

Минск, Республика Беларусь

В Республике Беларусь в последние годы наблюдается рост заболеваемости коклюшем среди детей: с 2,7 на 100 тыс. детского населения в 1999 г. до 25,6 на 100 тыс. детского населения в 2015 г.

Проведён ретроспективный анализ 168 стационарных карт пациентов с лабораторно верифицированным диагнозом коклюш, получивших лечение в УЗ «Городская детская инфекционная клиническая больница» г. Минска с 2011 по 2014 годы. Согласно анамнестическим данным 76 (45,2%) из 168 пациентов с верифицированным коклюшем не было привито против коклюша. Распределение пациентов по полу и возрасту выглядело следующим образом: 89 (52,9%) пациентов составили девочки, 79 (47%) – мальчики; дети до 3-х месяцев жизни – 22 (13,1%) пациента, 3-6 месяцев жизни – 21 (12,5%) пациент, 7-12 месяцев жизни – 14 (8,3%) пациентов, от 1 до 2-х лет – 30 (17,9%), от 3 до 6-ти лет – 32 (19%), 7-14 лет – 49 (29,2%) пациентов. Средний возраст заболевших составил $4,9 \pm 1,7$ лет. Чаще всего коклюшем болели дети в возрасте до 1 года (33,9%), при этом доля детей в возрасте старше 7 лет составила 29,2%. Большинство пациентов – 65,5%, были госпитализированы в стационар в течение первых 3-х недель от начала заболевания (появления кашля и/или субфебрильной температуры): на 1-й неделе – 23 (13,6%) ребёнка, на 2-й неделе – 48 (28,6%), на 3-й неделе – 39 (23,2%), на 4-й неделе – 26 (15,5%) детей. С клиническими признаками заболевания более 4-х недель – 31 (18,5%) пациент. В среднем дети поступали в ГДИКБ на $20,0 \pm 3,1$ день от появления первых признаков коклюша.

Клиническая картина коклюшной инфекции у всех проявлялась жалобами на малопродуктивный, преимущественно ночной кашель. Спазматический характер кашля был отмечен у 74 (44%) детей, с практически одинаковой частотой у привитых (51,4%) и не привитых (48,6%). Данный симптом был выявлен у 33 (91,7%) детей в возрасте до 2-х лет, и у 3 (8,3%) детей старше 2-х лет среди не привитых пациентов, тогда как у привитых спазматический кашель встречался у 4-х (10,5%) пациентов в возрасте до 2 лет, а также 34 (89,5%) – старше 2 лет. Таким образом, спазматический кашель у детей до 2-х лет достоверно ($p < 0,001$) чаще встречался у не привитых пациентов по сравнению с привитыми. Репризы отмечались у 9 (12,2%) пациентов со спазматическим кашлем, из которых трое были привиты (33,3%) (возраст старше 3 лет), шестеро (66,7%) – не привиты (возраст младше 3 лет). Посткашлевая рвота была выявлена у 46 (27,4%) из 168 пациентов, среди них 32 (69,6%) пациента были привиты и 14 (30,4%) не привиты против коклюша. Причём посткашлевая рвота достоверно ($p < 0,05$) чаще отмечалась у не привитых детей до 1-го года жизни (4 пациента (28,6%) из 14) по сравнению с привитыми (2 (6,2%) пациента из 32). Апноэ было выявлено у 3 (8,3%) не привитых детей (в возрасте от 7 месяцев до 2 лет) из 36, среди привитых – только у одного (2,7%) пациента в возрасте 6 лет.

Таким образом, почти половина (54,8%) пациентов с коклюшной инфекцией была вакцинирована против коклюша. Две трети заболевших коклюшем детей находились в возрастных категориях до 1 года жизни (33,9% пациентов), либо старше 7 лет (29,2% пациентов). Спазматический кашель наблюдался одинаково часто у привитых и не привитых против коклюша пациентов, при этом достоверно ($p < 0,001$) чаще беспокоил не привитых детей в возрасте до 2 лет по сравнению с привитыми того же возраста. Посткашлевая рвота достоверно ($p < 0,05$) чаще наблюдалась у не привитых детей до 1-го года жизни по сравнению с привитыми.

Галева Н.В., Фазылов В.Х., Валиахметова Л.Х.

АКТИВНОСТЬ ИНФЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА И ГЕМОСТАЗ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ С

г. Казань, Россия

Цель: проанализировать показатели плазменно-коагуляционного (АЧТВ), фибринолитического (Фибриноген) гемостаза и антикоагуляционной системы (Антитромбин III) у пациентов с хроническим гепатитом С (ХГС) в зависимости от активности инфекционного процесса.

Под наблюдением находилось 85 пациентов с ХГС (60% мужчин и 40% женщин) в возрасте от 23 до 65 лет (средний возраст $40,38 \pm 1,71$ лет). Контрольную группу здоровых доноров составили 50 человек (38% мужчин, 62% женщин) в возрасте от 20 до 45 лет (средний возраст $29 \pm 1,50$ лет).

Выявлена достоверная ($p < 0,001$) разница по сравнению с данными здоровой контрольной группы в уровне фибриногена ($2,9 \pm 0,08$ г/л), который был ниже на 20,7% ($2,3 \pm 0,07$ г/л) и в уровне величины АЧТВ ($28,56 \pm 0,23$ сек.) и Антитромбина III ($90,37 \pm 0,89\%$) соответственно на 7,1% ($30,59 \pm 0,24$ сек.) и 9,4% ($98,82 \pm 0,78\%$). С увеличением вирусной нагрузки у пациентов с ХГС > 800000 МЕ/мл наблюдалось достоверное ($p < 0,05$) увеличение значений АЧТВ на 6,7% ($31,32 \pm 0,59$ сек.) по сравнению с показателями при вирусной нагрузке < 800000 МЕ/мл ($29,3 \pm 0,47$ сек.) и снижение фибриногена на 7% ($2,25 \pm 0,08$ г/л), при < 800000 МЕ/мл - ($2,42 \pm 0,06$ г/л). Зависимости от вирусной нагрузки в показателях АТ III не выявлено. Анализируя зависимость уровня исследуемых показателей от активности инфекционного процесса по значениям аланинаминотрансферазы (АЛТ) мы взяли 2 группы пациентов с высокими значениями АЛТ в диапазоне 826-110 ед/л (среднее значение $203,23 \pm 18,27$ ед/л) и низкими значениями АЛТ в диапазоне 29-95,5 ед/л (среднее значение $60,64 \pm 2,54$ ед/л). Исходные значения при высокой активности АЛТ составили – АЧТВ ($31,2 \pm 0,52$ сек.); АТ III ($102,9 \pm 2,88\%$); фибриноген ($2,19 \pm 0,06$ г/л). При активности АЛТ ($60,64 \pm 2,54$ ед/л) соответственно ($29,5 \pm 0,53$ сек.), ($95,23 \pm 3,07\%$), ($2,38 \pm 0,06$ г/л). С увеличением уровня АЛТ наблюдалось достоверное ($p < 0,01$) повышение АТ III на 8%, АЧТВ на 5,1% и снижение фибриногена на 11,3%.

Рассмотрены корреляционные связи активности инфекционного процесса по синдрому цитолиза (взяты высокие значения АЛТ в среднем значении ($226,8 \pm 23,3$)). Получена положительная корреляция ($r = +0,257$, $p < 0,1$) между высокими значениями АЛТ/АЧТВ, АЛТ/Антитромбин III ($r = +0,258$, $p < 0,1$) и отрицательная связь АЛТ/Фибриноген ($r = -0,534$, $p < 0,001$).

Таким образом, коагуляционный гемостаз у больных ХГС находится больше в состоянии гипокоагуляции и есть зависимость его от активности инфекционного процесса.

Галькевич Н.В., Мартынова А.А.

ХАРАКТЕРИСТИКА САЛЬМОНЕЛЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ Г. МИНСКА

Минск, Республика Беларусь

Среди острых кишечных инфекций расшифрованной этиологии в Республике Беларусь сальмонеллёзы прочно