

биотики из группы бета-лактамаз. Это свойство может являться одним из факторов, снижающим эффективность бета-лактамных антибактериальных лекарственных средств.

Цель. Оптимизация антибактериальной терапии у пациентов с инфекционной патологией, получающих бета -лактамы антибиотики.

Материалы и методы. Для оценки бета-лактамазной активности крови использовалась тест-система БИОЛАКТАМ производства Научно-производственного предприятия «СИВитал», г. Витебск, Республика Беларусь. Оценку проводили в сыворотки крови больных в возрасте от 18 до 65 госпитализированных в НИИ Вирусологии МЗ РУз, НИИ Фтизиатрии МЗРУз. По результатам анализов при показателе бета лактамазной активности 68,2% и более, рекомендуется коррекция проводимой больному антибактериальной терапии.

Результаты. В исследование было включено 339 пациентов в возрасте от 18 до 75 лет. Средний уровень бета-лактамазной активности был выявлен на уровне $36,9 \pm 1,0\%$. Минимальный уровень составил 2,0%, а максимальный 96,1%.

Группу с хроническими вирусными гепатитами составило 163 пациента. В данной группе количество пациентов с высокими

показателями БЛ активности составило 20 больных, что соответствует 1,4%.

Группа с ХОБЛ составило 60 пациента. Общее количество пациентов с высокими показателями в данной группе установлено у 14 человек, что соответствует 23,3 %.

Группу с ВИЧ инфекцией составило 116 пациентов. Общее количество больных с высокими показателями БЛ активность составило 12 пациентов. Т.е. 10,3 % пациентов нуждаются в смене терапии, при лечении бета-лактамами антибиотиками.

Заключение. При анализе показателя БЛ активности сыворотки в зависимости от возраста была выявлена обратная линейная зависимость бета-лактамазной активности от возраста. При анализе взаимосвязи БЛ активности и заболевания было выявлено, что при ХВГ активность низкая, и при использовании антибиотиков, смена группы антибиотиков может иметь место не более 2% пациентов. В группе же с ХОБЛ и ВИЧ инфекцией пациентов будут нуждаться в замене схемы в среднем от 11% до 24%. Это не маловажный факт, если учитывать насколько часто пациенты данной группы получают антибиотикотерапию.

Итоги. Таким образом, использование определения уровня БЛ активности в крови пациентов обуславливает новые подходы к назначению бета- лактамных антибиотиков.

ПОКАЗАТЕЛИ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА И ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЦИТОКИНЫ У БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОМ

Ш.А. Рахматуллаева, И.А. Касымов, Р.Г. Эшов

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Этиологический фактор играет существенную роль в формировании особенностей реагирования иммунной системы, течения и исходов инфекционных заболеваний. Исследования состояния иммунного статуса во взаимосвязи с изменениями цитокинового спектра у детей, больных сальмонеллезом, являются актуальной на сегодняшний день.

Целью данной работы явилось изучение показателей клеточного иммунитета и содержания провоспалительных цитокинов интерлейкина-6 и фактора некроза опухоли- α (ФНО- α) у больных детей сальмонеллезом.

Материалы и методы: Под наблюдением находились 33 больных детей сальмонеллезом в возрасте от 6 мес до 3 лет. В зависимости от возраста все больные были разделены на две группы: первая группа – дети от 6 мес до 1 года-18(%), вторая- дети от 1 года до 3 лет-15 (%). По степени тяжести среднетяжелая форма

регистрировалось у 23 (69,7%), тяжелая форма – у 10 (30,3%) детей. Исследования клеточного иммунитета СД3, СД4, СД8 проводилось на. За норму взяты следующие показатели 25 практически здоровых детей. Исследование ИЛ-6 и ФНО- α проводилось в ИФА диагностикумами «Протеиновый контур» (СПб, Россия).

Результаты и их обсуждения: В результате у всех больных в разгаре заболевания обнаружено достоверное снижение как общего количества лимфоцитов, так и их активных субпопуляций СД3 $-54,8 \pm 0,98$ против $61,48 \pm 0,56$ в контроле, СД4 - $42,3 \pm 0,79$ против $38,28$ в контроле, СД8 $13,7 \pm 0,93$ против $26,32 \pm 0,54$. Исследование провоспалительных цитокинов у больных детей сальмонеллезом показало, что в разгаре заболевания достоверно увеличивается по сравнению с нормой. Так, в 1- группе отмечалось достоверное повышение уровня ИЛ-

6 ($121,1 \pm 8,8$ пг/мл против $1,16 \pm 0,17$ пг/мл ($p < 0,001$) и уровня ФНО- α ($26,7 \pm 5,53$ пг/мл против $1,14 \pm 0,12$ пг/мл ($p < 0,001$)). У больных детей 2- группы уровень ИЛ-6 составил $95,8 \pm 7,7$ пг/мл при норме $1,68 \pm 0,12$ пг/мл ($p < 0,001$), уровень ФНО- α - $49,1 \pm 6,5$ пг/мл при норме $1,69 \pm 0,11$ пг/мл ($p < 0,001$).

Таким образом, в разгаре заболевания сальмонеллезом выявлено угнетение Т-клеточного звена иммунитета (общего

количество Т- лимфоцитов и их активных субпопуляций) на фоне повышения противовоспалительных цитокинов ИЛ-6 и ФНО- α .

Выявлена взаимосвязь показатели провоспалительных цитокинов между возрастом обследованных детей: уровень ИЛ-6 у детей до 1 года выше чем, у детей от 1 до 3 лет, тогда как уровень ФНО- остаются повышенными у детей 1 года до 3 лет.

ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ С

Е.Б. Романова, И.А. Кошевко, К.Р. Титилян

Ростовский государственный медицинский университет (Россия).

Цель исследования: изучение морфологической структуры эндотелия синусоидов и особенностей эндотелиальной дисфункции у больных хроническим гепатитом С (ХГС) на разных стадиях заболевания.

Материалы и методы. Исследования проведены 38 больных ХГС (18 мужчин, 20 женщин) в возрасте до 40 лет. Для оценки функционального состояния эндотелия в крови определяли концентрацию эндотелина-1 и интерлейкина-8 (ИЛ-8). С целью выявления патогенетической взаимосвязи эндотелиальной дисфункции (ЭД) с прогрессированием ХГС всем пациентам была выполнена пункционная биопсия печени. Для оценки морфологических данных применяли полуколичественную систему учета активности гепатита (ИГА по Knodell R.J.) и стадии фиброза по METAVIR. Кроме того, с помощью электронной микроскопии была изучена морфологическая структура эндотелия синусоидов.

Результаты и обсуждение. Морфологические нарушения структуры эндотелия у больных ХГС были представлены отеком и набуханием эндотелиоцитов (44,7%), виллезной трансформацией (10,5%), появлением аутофагических вакуолей и белковых включений в цитоплазме эндотелиоцитов (15,8%), деструкцией эндотелия – от очаговой (36,8%) до субтотальной (10,5%). Установлена прямая корреляционная связь между деструкцией эндотелия и выраженностью фиброза печени ($r=0,70$). Концентрация в крови эндотелина-1 была повышена у 25 (65,8%) больных ХГС. Среднее его значение составило $1,73 \pm 0,6$ фмоль/мл, достоверно превысив соответ-

ствующий показатель в группе здоровых - $0,34 \pm 0,01$ фмоль/мл ($p < 0,05$). Средний уровень ИЛ-8 также оказался повышенным - $12,01 \pm 2,5$ пг/мл против $5,4 \pm 1,5 \pm 1,5$ пг/мл ($p < 0,05$). Однако, статистически значимая связь между содержанием ИЛ-8 и выраженностью фиброза отсутствовала. Из числа обследованных больных были сформированы 2 группы. В первую группу (20 чел.) вошли больные ХГС с клинически незначимым фиброзом печени (F0, F1). Пациенты (18 чел.) с умеренным и выраженным фиброзом (F2-F3) были включены во вторую группу.

Установлено, что на ранних стадиях ХГС (F0-F1) в 90% случаев регистрируются морфологические признаки активного эндотелиоза. Одновременно с этим, происходит значительная гиперпродукция эндотелина-1 с последующим снижением его концентрации по мере прогрессирования заболевания. Исследования показали, что первой группе больных ХГС средний уровень эндотелина-1 составил $1,9 \pm 0,5$ фмоль/мл, а у больных второй группы с более выраженным фиброзом в ткани печени он был достоверно ниже – $0,64 \pm 0,2$ фмоль/мл ($p < 0,001$). Поэтому, снижение концентрации в крови эндотелина-1 в сочетании с прогрессированием фиброза может рассматриваться в качестве предиктора неблагоприятного течения ХГС.

При изучении концентрации ИЛ-8 достоверных различий в сравниваемых группах не выявлено ($p > 0,05$).

Полученные данные свидетельствуют о важной роли морфо-функциональных нарушений эндотелия в механизмах прогрессирования хронической HCV- инфекции.