

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ  
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**ЎЗБЕКИСТОН ИНФЕКЦИОНИСТЛАРИНИНГ II  
СЪЕЗДИ МАТЕРИАЛЛАРИ**

**«ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАРНИ ТАШХИСЛАШ,  
ДАВОЛАШ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИНИНГ УСТИВОР  
ЙЎНАЛИШЛАРИ»**

**4-6 ноябр**

---

**МАТЕРИАЛЫ II СЪЕЗДА ИНФЕКЦИОНИСТОВ  
УЗБЕКИСТАНА**

**«ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДИАГНОСТИКИ,  
ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ  
ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ»**

**4-6 ноября**

**ТЕЗИСЛАР ТЎПЛАМИ  
СБОРНИК ТЕЗИСОВ**

**Ташкент 2015**

## ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ

*Марунич Н.А.*

*Амурская государственная медицинская академия, г. Благовещенск, Россия*

Целью работы явилось изучение клинико-эпидемиологических и патоморфологических особенностей тяжелых форм геморрагической лихорадки с почечным синдромом (ГЛПС).

**Материалы и методы.** Всего обследовано 486 больных ГЛПС. Выделены группы: больные тяжелой формой ГЛПС – 317 человек, больные с легкой и среднетяжелой формой – 169, контрольную группу составили 96 здоровых доноров. Основная группа – 317 человек была распределена на 3 подгруппы. 1-я подгруппа – 133 пациента с олигурией более 72 часов и уровнем креатинина 650-800 мкмоль/л; 2-я подгруппа – 110 больных с олигурией менее 72 часов и уровнем креатинина 800-1000; 3-я подгруппа – 74 пациента с анурией с уровнем креатинина более 1000 мкмоль/л, заболевание которых закончилось летальным исходом. Диагноз ГЛПС устанавливали на основании общепринятых клинико-эпидемиологических, лабораторных и инструментальных методов. Верификация диагноза осуществлялась НМФА с использованием тест-системы «Хантагност». Для оценки выраженности геморрагического синдрома использовали метод балльной системы (1989 г., ВОЗ). Для изучения патоморфологических изменений ангиоархитектоники (артериальной и венозной сети) органов пост-мортально использовали метод контрастирования с использованием смеси свинцового сурика на желатине с последующей рентгенографией органа. Для изучения мочевыделительной функции почек постмортально использовали метод контрастирования жидкой пластмассой. Результаты исследования. В лихорадочном периоде тяжелое течение ГЛПС характеризуется высокой частотой респираторного синдрома (76,7%). У всех больных, особенно в 3-ей группе отмечался геморрагический, абдоминальный синдромы, тромбоцитопения, протеинурия и цилиндрурия. В олигурическом периоде у больных в 3-ей группе развивалось кровотечение во внутренние органы и гибель больных. **Выводы.** В Амурской области с 2004 года отмечается снижение заболеваемости, связанное с уменьшением лиц, занятых сельско-хозяйственной деятельностью. Отмечается спорадическая и вспышечная заболеваемость. Среди грызунов наибольшую эпидемиологическую опасность представляли полевые мыши, у которых антигенемия составила 78,6%. Предикторами развития тяжелых форм ГЛПС и неблагоприятного исхода являются: геморрагический, абдоминальный синдромы, тромбоцитопения, высокая протеинурия, поздняя госпитализация, возраст старше 60 лет, лихорадка более 7 дней, упорная рвота, мучительная икота. Патоморфологические изменения характеризуются нарушением ангиоархитектоники органов с последующим развитием отека межтканочной ткани и ипемии. Нарушение выделительной функции почек характеризуется отеком и отсутствием тонкой разветвленной сети мочевых канальцев.

## ЭКСПРЕССИЯ HLA-DR НА Т-ЛИМФОЦИТАХ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТРОПИЗМА ВИРУСА

*Матиевская Н.В., Киреев Д.Е., Дмитрюкова М.Ю., Токунова И.О., Гончаров А.Е.  
УО «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Беларусь.  
ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии, г. Москва, Россия. ГУ «РНПЦ эпидемиологии  
и микробиологии», Минск, Беларусь*

Мембранные молекулы HLA-DR относятся к МСН-II класса, представлены в основном на АПК (дендритных клетках, макрофагах/моноцитах, В-лимфоцитах, эн-

96

дотелии сосудов и др.). При этом со стороны Т-лимфоцитов, участвующих в распознавании HLA-DR, необходима связь с CD4-молекулой, которая выступает в качестве корцептора для MHC класса II.

**Цель исследования:** установить особенности экспрессии HLA-DR на Т-лимфоцитах у ВИЧ-инфицированных пациентов в зависимости от тропизма вируса.

**Материалы и методы.** Иммунологические исследования были выполнены у 29 ВИЧ-инфицированных пациентов (средний возраст - 33,5±7,2, мужчин – 13, женщин – 16), которые не получали АРВТ. Клинические стадии ВИЧ (ВОЗ, 2012) были следующими: 1-я - 17 (58,6%); 2-я - 6 (20,7 %); 3-я - 5 (17,2%); 4-я – 1 (3,5%). Среди пациентов 17 были инфицированы R5-тропным вариантом ВИЧ и 12 – не R5-тропным вариантом. Определение тропизма ВИЧ проводилось путем секвенирования V3 петли гена *gp120* с помощью набора реагентов «АмплиСенс HIV-Resist-Seq» производства ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии (Россия) согласно инструкции производителя. Показатель FPR был принят за 20%. Иммунофенотип клеток крови определялся на проточном цитофлюориметре «FACSCalibur» («Becton Dickenson», США) с использованием программного обеспечения «CellQuest» 3.3 и «Weasel» версия 2.9 (WENI, Австралия). Данные представлены в виде Me (min-max). Статистический анализ проводили с помощью пакета «Statistica», версия 10.

**Результаты.** У пациентов, инфицированных R5 тропным вариантом ВИЧ, по сравнению с пациентами, инфицированными не R5 тропным вариантом, установлена более выраженная экспрессия HLA-DR на Т-лимфоцитах (кл/мкл): 713,49 (206,1 – 1626,5) и 427,67 (143,0 – 1023,8),  $p < 0,05$ , соответственно, цитотоксических Т-лимфоцитах: 764,52 (61,6 – 1655,3) и 417,30 (152,3 - 952,4),  $p < 0,03$ , соответственно, Т-хелперах: 70,03 (18,4 – 163,6) и 54,44 (24,1 – 153,5),  $p < 0,06$ , соответственно, Mann-Whitney test. Установлены достоверные прямые корреляции между показателем FPR с активированными Т-лимфоцитами ( $R=0,45$ ,  $p < 0,01$ ), с активированными цитотоксическими Т-лимфоцитами ( $R=0,45$ ,  $p < 0,01$ ), активированными Т-хелперами ( $R=0,51$ ,  $p=0,005$ ).

**Заключение.** У пациентов, инфицированных R5-тропным вариантом ВИЧ имеет место более выраженная экспрессия HLA-DR на Т-лимфоцитах крови, что указывает на более выраженную активацию Т-клеточного иммунитета.

## УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ КРИТЕРИИ В ОЦЕНКЕ ЖЕЛЧНОГО ОТТОКА ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ А У ДЕТЕЙ С ДИСКИНЕЗИЕЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

*Минажатдинова З.Н.*

*Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан*

Вирусный гепатит А (ВГА) традиционно считался преимущественно детским, легким, доброкачественным заболеванием и, потому не привлекал особого внимания ни клиницистов, ни ученых. Однако в последние годы ВГА сопровождается выраженным холестагическим компонентом, при этом желтушный период удлиняется до нескольких месяцев, интенсивность желтухи велика, болезнь сопровождается зудом кожи, в сыворотке крови значительно повышается активность щелочной фосфатазы.

**Цель исследования:** Изучить динамику заболевания при вирусном гепатите А у детей с патологией ЖВП (дискинезией) и оценить эффективность терапии.

**Материалы и методы:** Исследование проводилось за период 2013-2014гг. на базе III клиники ТМА в отделении детской инфекции. Были обследованы 50 больных