

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального благополучия

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова

ЕВРО-АЗИАТСКОЕ ОБЩЕСТВО ПО ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ
КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ ПРАВИТЕЛЬСТВА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА
ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ «ИНГИЛС»
МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ «ЧЕЛОВЕК И ЕГО ЗДОРОВЬЕ»

Межрегиональная общественная организация «Человек и его здоровье»
и Европейско-Азиатское общество по инфекционным болезням
при поддержке Комитета по здравоохранению правительства Санкт-Петербурга
и Общества с ограниченной ответственностью «Ингилс»
и Межрегиональной общественной организации «Человек и его здоровье»
**ПЕРВЫЙ КОНГРЕСС
ЕВРО-АЗИАТСКОГО ОБЩЕСТВА
ПО ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ**

1–3 декабря 2010 года

Межрегиональная общественная организация «Человек и его здоровье»
и Европейско-Азиатское общество по инфекционным болезням
при поддержке Комитета по здравоохранению правительства Санкт-Петербурга
и Общества с ограниченной ответственностью «Ингилс»
и Межрегиональной общественной организации «Человек и его здоровье»
**ПЕРВЫЙ КОНГРЕСС
ЕВРО-АЗИАТСКОГО ОБЩЕСТВА
ПО ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ**

Межрегиональная общественная организация «Человек и его здоровье»
и Европейско-Азиатское общество по инфекционным болезням
при поддержке Комитета по здравоохранению правительства Санкт-Петербурга
и Общества с ограниченной ответственностью «Ингилс»
и Межрегиональной общественной организации «Человек и его здоровье»
**ПЕРВЫЙ КОНГРЕСС
ЕВРО-АЗИАТСКОГО ОБЩЕСТВА
ПО ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ**

Межрегиональная общественная организация «Человек и его здоровье»
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

**ПОЧЕТНЫЙ ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ЕВРО-АЗИАТСКОГО ОБЩЕСТВА
ПО ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ**

академик РАМН профессор Покровский В.И. (Россия)

ОРГКОМИТЕТ

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ: академик РАМН профессор Лобзин Ю.В. (Россия)

СОПРЕДСЕДАТЕЛИ: профессор Алшинбаева Г.У. (Казахстан),
профессор Амброзайтис А. (Литва), профессор Андрейчин М.А. (Украина)
профессор Ахмедова М.Д. (Узбекистан), профессор Семенов В.М. (Беларусь)

ЧЛЕНЫ ОРГКОМИТЕТА: проф. Аитов К.А. (Россия), проф. Беляева Н.М. (Россия),
проф. Валишин Д.А. (Россия), проф. Вафакулов С.Х. (Узбекистан), проф. Венгеров Ю.Я.
(Россия), академик АМН Украины проф. Возианова Ж.И. (Украина), проф. Волчкова Е.В.
(Россия), проф. Воробьева В.В. (Россия), проф. Дикий Б.Н. (Украина), проф. Дмитраченко
Т.И. (Беларусь), проф. Жаворонок С.В. (Беларусь), проф. Жданов К.В. (Россия), проф.
Жумагалиева Г.Д. (Казахстан), проф. Иванис В.А. (Россия), проф. Карпов И.А. (Беларусь),
проф. Кашуба Э.А. (Россия), проф. Кожевникова Г.М. (Россия), проф. Козлов Р.С. (Россия),
проф. Лайшконис А. (Литва), проф. Лебедев В.В. (Россия), академик РАМН проф.
Малеев В.В. (Россия), проф. Малый В.П. (Украина), проф. Маматкулов И.Х. (Узбекистан),
проф. Мусабаев Э.И. (Узбекистан), проф. Никифоров В.В. (Россия), проф. Ратников
Л.И. (Россия), проф. Сологуб Т.В. (Россия), проф. Сыздыков М.С. (Казахстан),
проф. Фазылов В.Х. (Россия), проф. Цыркунов В.М. (Беларусь)

ОТВЕТСТВЕННЫЕ СЕКРЕТАРИ ОРГКОМИТЕТА: доц. Волжанин В.М.,
доц. Захаренко С.М., доц. Лебедев М.Ф.

СПОНСОРЫ

Круцелл (Нидерланды)
Санофи-Авентис
ФГУП «НПО «Микроген» МЗ РФ

УЧАСТНИКИ ВЫСТАВКИ И ПОДДЕРЖИВАЮЩИЕ КОМПАНИИ

Биотех	НПФ «Материя Медика Холдинг»
ВАЛМЕД	НТФФ «ПОЛИСАН»
Вектор	Пфайзер Эйч. Си. Пи. Корпорэйши
ГлаксоСмитКляйн	Фармстандарт
Институт развития общественного здравоохранения	Фирн М
Мерк, Шарп и Даум	Ф. Хоффманн-ля Рош
Новартис Фарма	Штада Маркетинг
	Эбботт Лэбораториз

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

превышал 70 на 100 тыс. населения. Наибольший рост заболеваемости характерен для ротавирусной инфекцией, показатель заболеваемости которой вырос более, чем в 30 раз (с 1,02 в 1991 году до 36,91 на 100 тыс. населения 2008 году), что связано с расширением доступности этиологической расшифровки во всех регионах Республики Беларусь.

Анализ возрастной структуры официально регистрируемых острых кишечных инфекций в Республике Беларусь показал, что в последние 10 лет на фоне резкого снижения заболеваемости шигеллезом среди больных данной патологии преобладали взрослые, доля данной возрастной группы достигала 42,21–58,18%. Среди детей преобладали больные в возрасте 3–6 лет (12,73–22,10%) и старше 6 лет (14,01–22,58%). Доля детей до 3 лет не превышала 15,5%. В то же время, несмотря на то, что среди больных сальмонеллезом также преобладали взрослые, доля которых составляла 53,83–61,58%, удельный вес детей раннего возраста оставался также достаточно высоким и достигал 29,36%.

**Дробченко С.Н., Рищук С.В., Сэмюэльс Ф.,
Марголин О.**

БЕСПРИБОРНЫЕ ТЕСТЫ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ТРОПИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

СП «Биоград», Санкт-Петербург, www.biograd.ru,
ГМА им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург,
Organics France S.A., Франция, Alere Inc., США

Участившиеся поездки российских граждан за рубеж являются одним из источников заражения тропическими болезнями. Так как данные заболевания могут значительное время протекать в скрытой форме и проявляться только через несколько лет, скрининг граждан, вернувшихся из зарубежных поездок в страны, эндемичные по этим заболеваниям, является единственным способом предотвращения распространения этих заболеваний на территории Российской Федерации. Своевременное выявление этих заболеваний позволяет избежать тяжелых последствий хронического заболевания.

Первые бесприборные тесты, позволяющие диагностировать тропические инфекции, были зарегистрированы Росздравнадзором в 2008 году. Это бесприборные иммуноферментные тест-системы ИммуноКомб II Chagas Ab для определения суммарных антител к Trypanosoma cruzi, ИммуноКомб II Dengue IgM&IgG BiSpot для количественного определения антител к вирусу Dengue с дифференциацией антител по классу IgG и IgM, что позволяет отличить первичную лихорадку Денге от вторичной инфекции. В 2010 году зарегистрированы и разрешены к применению в медицинских учреждениях РФ новые иммунохроматографические тесты Бинакс (BinaxNOW), производства Binax Inc., США, для экспресс-диагностики малярии, филяриоза, легионеллеза.

В тест-системах ИммуноКомб применена оригинальная модификация твердофазного ИФА. Различные рекомбинантные антигены нанесены в разных местах одного зубца специального Гребня (для каждого образца используется один из 12 зубцов Гребня). Все реагенты, необходимые для проведения анализа, индивидуально упакованы в ячейках Проявочной ванны (6 рядов по 12 ячеек в каждом). Тест-система ИммуноКомб содержит

жит все необходимые для проведения анализа реагенты и контроли и не требует дополнительного оборудования. Сохранность тест-систем при транспортировании и хранении подтверждается внутренним контролем, предусмотренным на каждом зубце гребня. Количественная оценка результата в набор входит калибраторская шкала. Анализ проводится по единому плану: 10 мкл сыворотки или плазмы крови вносится в ячейки А Проявочной ванны, затем вставляется Гребень, результат проявляется через 36 минут в виде окрашенных точек на зубце Гребня. Тест-системы ИммуноКомб для диагностики ВИЧ, HTLV, гепатитов В, С, А, хламидиоза, токсоплазмоза, ЦМВ, краснухи, хеликобактериоза успешно используются в лабораториях на территории РФ с 1992 года, рекомендованы Минздравсоцразвития для проведения обследования доноров и скрининговых исследований.

Тест BinaxNOW предназначен для быстрого дифференциального выявления HRPII антигена, специфичного для *Plasmodium falciparum*, и пан-малярийного антигена, общего для всех четырех видов малярии, способных заражать людей – *P. falciparum*, *P. vivax*, *P. ovale*, и *P. malariae*, и для определения антигена *Wuchereria bancrofti* в образцах венозной и капиллярной крови (15 мкл) и антигена легионелл в моче. Моноклональные антитела и контрольные антитела иммобилизованы на мемbrane в виде отдельных линий и вместе с подушечкой образца, которая пропитана визуализирующими частицами, составляют Тест-Полоску. Эта Тест-Полоска установлена внутри закрывающейся Тест-Кассеты в виде книги вместе со впитывающими подушечками, которые помогают очистить мембрану после закрытия Тест-Кассеты. Время до считывания результата 15 мин. Тесты BinaxNOW маркированы CE, разрешены FDA к продаже в США, используются в Европе и США.

Дробченко С.Н., Ривец Б., Сэмюэльс Ф.

ХАРАКТЕРИСТИКИ БЕСПРИБОРНЫХ ТЕСТОВ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ВИЧ

ЗАО «Биоград», Санкт-Петербург,
Organics LTD, Израиль,
Organics PBS, Франция, тел. 812-3252170

Проанализированы результаты Российских государственных сравнительных испытаний тестов для экспресс-диагностики ВИЧ, поставляемых в рамках Национального Приоритетного проекта Здоровье, и приведены данные ВОЗ. Исходя из приведенных данных по чувствительности, специфичности тестов и распространённости ВИЧ в России, рассчитана прогностическая ценность положительного результата (PPV) теста.

Методы: Тесты Ретрочек, Детермин, Фактор основаны на принципе иммунохроматографии. ИХА-тесты выполнены в виде тест-полоски или тест-кассеты. Для проведения анализа вносится 1–2 капли (25–50 мкл) сыворотки в область образца, далее добавляется 1 капля буфера и через 10–20 минут получается результат.

Отличительной особенностью тестов ИммуноКомб является проведение полноценного иммуноферментного анализа для индивидуального пациента без использования оборудования. Тесты ИммуноКомб выполнены в оригинальном формате ИммуноГребней, на поверхность

ровано функционирование системы «L-аргинин-оксид азота» и оценено влияние выявленных изменений синтеза NO на развитие инфекционного процесса при хроническом гепатите С и роже, разработаны способы коррекции нарушений нитроксидергических процессов при изучаемых заболеваниях. Удалось установить взаимосвязь выраженной изменений в системе «L-аргинин-оксид азота» с функциональными параметрами иммунной системы и окислительно-восстановительного гомеостаза в динамике этих инфекционных болезней и обосновать способы предупреждения дискоординации систем гомеостаза, основанные на коррекции продукции NO. Обследовано 112 пациентов с хроническим вирусным гепатитом С, и 180 пациентов с роже. Определены в сыворотке крови суммарная концентрация нитритов и нитратов, уровень цитокинов, исследованы в сыворотке крови больных показатели окислительного метаболизма, ферменты антиоксиданты. У пациентов с обострением ХГС установлено повышенное содержание конечных метаболитов монооксида азота в сыворотке крови. Уровни NOx составили при минимальной степени активности $30,9 \pm 4,0$ мкмоль/л, при слабой – $33,0 \pm 2,9$ мкмоль/л, при умеренно высокой $42,5 \pm 5,4$ мкмоль/л. Отмечено увеличение содержания сывороточных показателей окислительного метаболизма. Уровни ферментов антиоксидантов (СОД и МДА) оказались сниженными в среднем на 15% и 20% соответственно. С целью снижения активности свободнорадикальных процессов и стимуляции антиоксидантной системы организма у больных ХГС использован церулоплазмин, что привело к снижению содержания продуктов липидной пероксидации и повышению уровня окислительной активности и восстановлению концентрации метаболитов NO. Уровень NOx после лечения составил $23,6 \pm 1,2$ мкмоль/л ($p < 0,05$).

Установлено нарушение эндогенной продукции NO при рецидивирующей форме рожи. Модификация терапии рожи фармакологическими средствами с антинитроксидергическим действием, корrigирующей продукцию эндогенного монооксида азота повышает эффективность проводимого лечения. В частности, использование индуктора интерфероногенеза – циклоферона выявило его положительное действие не только на клиническое течение инфекции, но и на ингибирование продукции NO в организме больных. Концентрация NOx составила $21,7 \pm 2,1$ мкмоль/л ($p < 0,05$). Таким образом на основании проведенных исследований установлена взаимосвязь между продукцией монооксида азота и функционированием иммунной системы и окислительно-восстановительным гомеостазом. Полученные данные легли в основу патогенетической терапии с целью коррекции нитроксидергических процессов и функционирования различных систем организма.

Рищук С.В., Мирский В.Е., Дробченко С.Н.

ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМ ХЛАМИДИОЗА

Северо-западный институт андрологии,
ЗАО «БИОГРАД», г. Санкт-Петербург, Россия

Первая защитная реакция организма на инфекцию состоит в продуцировании секреторного IgA в местах проникновения патогена. Мы попытались найти пути

улучшения диагностики хронических форм хламидиоза путем определения местных специфических секреторных иммуноглобулинов (IgA) в цервикальном канале женщин и эякуляте у мужчин, а также изучить клинические особенности больных, у которых выявляется указанная разновидность иммуноглобулинов.

Методы: Хламидии в половых путях идентифицировали с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР) с использованием диагностических систем НПФ «Литех». Исследование сыворотки крови (10-25 мкл) на наличие антител IgG и IgA к Chlamydia trachomatis, а также определение секреторных антител IgA к хламидиям в эякуляте (25 мкл) и эндоцервикальной слизи (25 мкл супензированной в физрастворе эндоцервикальной слизи с цито-щетки) проводили на бесприборных ИФА тест-системах ИммуноКомб®II Chlamydia trachomatis IgG и ИммуноКомб®II Chlamydia trachomatis IgA (Organics), зарегистрированных в России с 1992 года и зарекомендовавших себя как наиболее чувствительные и специфичные тесты. Титры IgG и IgA к Chlamydia trachomatis определяли с помощью калибровочной шкалы, входящей в состав набора. Французское Агенство по контролю за медикаментами (ADA), оценивая тесты, разрешенные для использования в клиниках Европы, подчеркивает, что использование фосфатазно-щелочного конъюгата в тестах ИммуноКомб позволяет достичь наиболее высокой чувствительности по сравнению с тестами, основанными на пероксидазной реакции. Более того, нанесение на твердую фазу (зубец гребня) антигена Chlamydia trachomatis линии L2, очищенного от липополисахаридной части, позволяет минимизировать перекрестные взаимодействия с Chlamydia pneumoniae и достичь более высокой специфичности.

Результаты и обсуждение: Сравнительный анализ был проведен у 89 женщин и 86 мужчин, которые, по сочетанию лабораторных тестов на хламидийную инфекцию, распределились на 4 группы. Первую группу I составили 15 мужчин и 11 женщин, у которых в сыворотке были выявлены антитела к Chlamydia trachomatis класса G и A: титр IgG > 1:32, IgA > 1:8, секреторные IgA(-) отсутствовали, ПЦР (-/+); во вторую группу II вошли 23 мужчины и 25 женщин, у которых титр сывороточных антител IgG > 1:64 и IgA > 1:8 и обнаружены секреторные IgA(+) в эякуляте и в эндоцервикальной слизи, ПЦР (-/+); третья группа III включала 23 мужчины и 15 женщин, у которых отсутствовали сывороточные IgA(-) и были обнаружены секреторные IgA(+), сывороточные IgG (+/-) и ПЦР (-); четвертая группа IV (25 мужчин и 38 женщин) была контрольной – все лабораторные тесты были отрицательными.

В указанных группах было проведено сопоставление положительных результатов лабораторных тестов и клинических проявлений инфекции. Хронический сальпингоофорит наиболее часто (60%) встречался у пациенток группы III с секреторными иммуноглобулинами в эндоцервиксе, примерно в 3 раза реже – у больных I и II групп, в 7,5 раза реже – в IV. Хронические эндоцервициты одинаково часто диагностировались у женщин II и III групп, примерно в 3 раза реже – у пациенток I и IV групп. Вагиниты различной этиологии с одинаковой частотой диагностировались во всех рассматриваемых группах больных, примерно в 2 раза реже – в IV. Бактериальный вагиноз чаще всего определялся у больных III,

в 2 раза реже – у женщин II, в 6,3 раза – I группы, в 2,4 раза – в контрольной. Бесплодие различной этиологии также чаще встречалось в III группе примерно в половине случаев, в 3 раза реже – у всех остальных больных. Отягощённый гинекологический анамнез чаще имел место во II и III группах, намного реже – в IV (у 7,9%), отсутствовал – у пациенток I группы.

Хронический простатит был диагностирован чаще, чем у остальных, у мужчин первой группы (86,7%), примерно с такой же частотой – во второй, в 1,8 раза реже встречаемость указанной органной патологии у пациентов третьей и контрольной групп. Хронический уретрит примерно с одинаковой частотой встречался у первых трёх группах. По частоте выявления хронического орхита и орхоэпидидимита, хронического пиелонефрита и мочекаменной болезни представленные опытные группы достоверно не отличались между собой. В контрольной выше указанная органная патология отсутствовала. Важно отметить, что нарушение спермогенеза чаще имело место у больных группы III с секреторными иммуноглобулинами, достоверно реже (в 3,6; 3,7 и 3,0 раз) – у пациентов соответственно первой, второй и четвёртой групп. Следует отметить, что положительный результат ПЦР в первых двух группах намного реже встречался у мужчин, чем у женщин.

Выводы: Таким образом, у пациенток с подтверждённым диагнозом хронического урогенитального хламидиоза с помощью секреторных IgA в цервикальной слизи чаще, чем у остальных больных, диагностировались хронические воспалительные процессы в придатках матки, а также чаще имели место осложнения в виде бактериального вагиноза и бесплодия. Можно предположить, что наличие специфических IgA к хламидиям в эндоцервиксе является показателем тяжести и распространённости хламидийного процесса у женщин.

Однако мужчины с изолированными специфическими IgA к хламидиям в эякуляте характеризовались меньшей частотой встречаемости воспалительного процесса в предстательной железе и более частым нарушением сперматогенеза. По-видимому, наличие изолированных секреторных иммуноглобулинов в эякуляте отражает более локализованный патологический процесс в органах малого таза с преимущественным вовлечением в воспаление герминативного эпителия яичек, о чём свидетельствует более частое нарушение спермограммы в этой группе мужчин.

При остром инфекционном процессе одновременно выявляются возбудитель хламидийной инфекции и иммунный ответ к нему; при подтверждении диагноза хламидиоза и хронизации инфекции наибольшее значение приобретают методы, позволяющие определять специфические сывороточные и секреторные антитела к хламидиям.

*Руденко А.А., Муравская Л.В., Берестовая Т.Г.,
Дьяченко П.А., Пархомец Б.А., Андреева Е.Г.,
Сидорова Ж.П., Кругликов П.В.*

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЕ ПОРАЖЕНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ, ВЫЗВАННЫХ ВИРУСАМИ ГЕРПЕСА ЧЕЛОВЕКА 6-ГО И 7-ГО ТИПА

*ГУ «Институт эпидемиологии и инфекционных болезней им. Л.В. Громашевского АМН Украины»,
г. Киев, Украина*

Вирусы герпеса человека 6-го и 7-го типов (HHV6 и HHV7), как и все вирусы семейства *Herpesviridae*, широко распространены в человеческой популяции. Инфицирование ими осуществляется еще в детском возрасте, а антитела впоследствии оказываются более чем у 90% населения. Местом персистенции HHV6 и HHV7 в организме могут быть слюнные железы и мононуклеары крови. Эти данные подтверждаются более частым нахождением ДНК HHV6 в плазме крови и слюне по сравнению с ликером. Целью работы было изучение особенностей поражения нервной системы вирусами герпеса человека 6-го и 7-го типов и усовершенствование их терапии.

Под нашим наблюдением находилось 43 больных с поражением центральной и периферической нервной системы, вызванными HHV6, HHV7 и их ассоциациями друг с другом или с другими вирусами семейства Herpesviridae.

Мужчин было 13, женщин – 30. По возрасту больные распределялись следующим образом: 14-18 лет – 2, 19-29 – 21, 30-44 – 16, 45-59 – 3, 60 лет и старше – 1.

В зависимости от поражения структур нервной системы диагностированы: энцефалит (5), арахноэнцефалит (17), арахноидит (11), энцефаломиелит (2), рассеянный энцефаломиелит (РЭМ) (3), невропатия лицевого нерва (2), энцефалополинейропатия (3). При участии в патологическом процессе ННВ6 у 8 больных диагностирован арахноэнцефалит, у 4 – арахноидит, у 1 – энцефалополинейропатия. Поражение нервной системы, ассоциированные с ННВ7, были у 24 больных. Среди них у 11 – арахноэнцефалит, у 5 – энцефалит, у 3 – арахноидит, у 2 – РЭМ, у 2 – невропатия лицевого нерва, у 1 – энцефаломиелит.

Ассоциированная этиология HHV6 + HHV7 зарегистрирована у 5 больных: 3 с арахноенцефалитом, 1 с арахноидитом, 1 с энцефалополинейропатией. Вирусно-вирусная ассоциация (HHV7 + EBV) наблюдалась у двух (арахноенцефалит – 1, невропатия лицевого нерва – 1). Еще по 1 больному имели ассоциации HHV6 + EBV (арахноидит), HHV7 + HHV8 (арахноенцефалит), HHV7 + HSV1/2 + EBV (РЭМ).

Тяжелое течение зарегистрировано у 18 больных, средней тяжести — у 25. Течение заболевания было острым у 24 больных (55,8%), подострым — у 7 (16,3%), хроническим рецидивирующим — у 12 (27,9%).

При МРТ обследовании в Т2 режиме находили изменения в паравентрикулярных участках у 8 больных, в том числе у 2 — одиночные мелкие очаги, у 6 — многоочаговые. У других больных очаги располагались в подкорковых белом веществе лобных (2 больных), теменных (7), височных (3), затылочных долей мозга (1), мозжечке (1), мосто-мозжечковом углу (1), у одного больного — в шейном отделе спинного мозга.