

**Материалы и методы:** объектом исследования явилось молозиво и переходное молоко 10 здоровых рожениц, 15 женщин с TORCH-инфекциями. Исследования проводились в молозиве (1–4 сутки) и переходном молоке (до 10 дня лактации).

**Результаты:** изучение динамики содержания ИЛ-8 в грудном молоке в течение первых 10-и дней послеродового периода показало, что максимальное содержание интерлейкина-8 в грудном молоке практически здоровых родильниц приходится на первые двое суток послеродового периода. На 3–4 сутки концентрация ИЛ-8 снижалась в 18 раз, достигая минимальных величин на 5 сутки после родов. А в молоке родильниц с TORCH-инфекциями высокое содержание ИЛ-8 держится до 4 суток, лишь на 5 сутки снижается в 100 раз и сравнивается с содержанием в молоке практически здоровых. Содержание иммуноглобулина в молозивном молоке практически здоровых родильниц не отличалось от содержания его в переходном молоке и составляло в среднем —  $37,2 \pm 0,3$  мкг/мл. Содержание sIgA у них на 1–2 сутки не отличалось от здоровых женщин. Начиная с 3 дня отмечалось резкое снижение ( $p < 0,001$ ) концентрации sIgA в 1,92 раза по сравнению со здоровыми лицами и последующими сроками лактации.

**Выводы:** таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о том, что высокое содержание ИЛ-8 у родильниц с TORCH-инфекциями сохраняется более длительное время, чем у практически здоровых женщин. Видимо, это связано с тем, что неспецифические факторы защиты реагируют на патологическое течение беременности. Что касается секреторного sIgA, следует отметить, что воспалительный процесс у женщин оказывает супрессивное влияние на его выработку.

#### Литература

1. Туки Пат А., Пекхем Катрин С. Врожденные, перинатальные и неонатальные инфекции. Перевод с англ. Под редакцией А. Гриноу, Дж. Осборна, Ш. Сазерленд. Медицина, 2000. 288 с.
2. Долгушина Н.В., Макацария А.Д. Вирусные инфекции у беременных. Руководство для врачей. «Триада-Х». М., 2009. 144 с.
3. Каражас Н.В. Рыбалькин Т.Н., Халдин А.А. и др. Иммунологическое и вирусологическое обследование беременных на ЦМВ, «Клиническая лабораторная диагностика» 2005, № 10. 15 с.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОРИ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ В ПЕРИОД ЭПИДЕМИИ

*Асанбекова А.А., Кимбилетова Т.А., Орозалиев И.Э., Абдурасулова З.Р.*

Научный руководитель: к. м. н., доцент Куватова Д.О.  
Кафедра инфекционных болезней  
Киргизско-Российский Славянский Университет

**Актуальность исследования:** сейчас весь мир находится на этапе всеобщего устранения кори, в рамках программы Всемирной организации здравоохранения. Несмотря на все мероприятия, проводимые в ликвидации кори, данная инфекция всё еще является актуальной проблемой в мире, и Киргизская Республика не исключение [1].

**Цель исследования:** определить клинико-эпидемиологические характеристики течения кори в различных возрастных группах в период эпидемии кори (2014 г.) в Киргизии.

**Материалы и методы:** работа проведена на базе Республиканской клинической инфекционной больницы г. Бишкек. Исследование включало 125 больных корью в возрасте от 3 месяцев до 29 лет. Статистическая обработка материала была проведена программой SPSS16.0.

**Результаты:** прирост заболеваемости корью в КР с 2011 г. по 2014 г. составил 125%. Среди исследуемых преобладали дети — 74% (I группа) в возрасте от 3 месяцев до 18 лет, среди которых невакцинированные составляли 48%. В группе взрослых (II группе — 26%), все исследуемые были привитыми по календарю. Сравнение клинических проявлений между 2 группами показало: преобладание тяжелого течения кори и развитие осложнений в I группе, достоверно частое возникновение острого стенозирующего ларинготрахеита в группе детей,

начинающегося в катаральный период как проявление кори и осложнения со стороны органов дыхания с развитием пневмонии, тогда как во II группе это осложнение ограничилось лишь развитием бронхита. В I группе чаще отмечались пятна Филатова-Коплика даже в период высыпания, более частые нарушения со стороны висцеральных органов. В катаральном синдроме выявлено достоверно частое развитие конъюнктивита в I группе, тогда как катаральные проявления кори — кашель, ринорея чаще отмечались во II группе.

**Выводы:** таким образом, выявлена высокая восприимчивость к кори всех возрастных категорий, отмечена «классичность» течения со сменой периодов. А волнообразный подъём заболеваемости каждые 4–5 лет должны вызывать настороженность у врачей первичного звена и у родителей. Рекомендуется проведение санитарно-просветительных работ среди населения о важности вакцинации.

#### Литература

1. Цвиркун О.А. Эпидемический процесс кори в различные периоды вакцинопрофилактики.

## ТЕЧЕНИЕ КОКЛЮША У РЕБЕНКА 2-Х МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ НА ФОНЕ РИНОВИРУСНОЙ, ПАРАГРИППОЗНОЙ И ВРОЖДЕННОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

*Гаджимагомедова Н.Г., Гусейнова Н.М.*

Научные руководители: к. м. н., доцент Каплина Т.А., к. м. н., доцент Суховецкая В.Ф.  
Кафедра инфекционных заболеваний у детей им. проф. М.Г. Данилевича  
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

**Актуальность исследования:** в Санкт-Петербурге показатели заболеваемости детского населения по коклюшу в 2017 г. составили 65,9/100 тыс. нас. Тяжелые формы коклюша и негладкое течение чаще отмечаются у детей первых месяцев жизни с микстинфекцией [1, 2, 3].

**Цель исследования:** оценить течение коклюша на фоне риновирусной, парагриппозной и врожденной ЦМВ инфекции у ребенка 2-х мес. жизни.

**Материалы и методы:** клинико-лабораторный анализ медицинской карты стационарного больного ребенка в возрасте 2-х месяцев с сочетанной бактериально-вирусной инфекцией (коклюш + ВЦМВИ + Рино- + Парагрипп), находившегося на лечении в ДГКБ № 5 им. Н.Ф. Филатова (СПб) в 2018 г.

**Результаты:** ребёнок переведен из ДГБ № 4 с диагнозом: бронхиолит. От I беременности, роды на 39 недели, m — 3020 г, рост — 50 см, Апгар — 8/9 б. Поступил на поздних сроках заболевания (2 неделя судорожного периода коклюша), в тяжёлом состоянии. Отечность лица и век. Вялый, кашель приступообразный, с гиперемией лица, цианозом, репризами, нарушением ритма дыхания (задержками). В лёгких жёсткое дыхание, влажные рассеянные мелкопузырчатые хрипы. Одышка. На II нед. СПК частота приступов до 29 за сутки, на III нед. — 26, на IV нед. — 24, на V нед. — 22, на VI нед. — 20. В течение 25 дней отмечался субфебрилитет (37,5–38,0 С). Коклюш подтвержден ПЦР — *V. pertussis* (+). В гемограмме: тромбоцитоз —  $524 \times 109/\text{л}$ ; лейкоцитоз —  $15,4 \times 109/\text{л}$ ; лимфоцитоз — 69%. ПЦР крови на ДНК ЦМВ (+). ИФА крови на антитела IgM и IgG ЦМВ (+); ПЦР мазка из ВДП: риновирус и вирус парагриппа 3 типа — положительно. КТ головного мозга: картина резидуальных изменений. Rg органов грудной клетки — явления бронхита.

**Выводы:** наличие микстинфекции бактериально-вирусной этиологии у 2-х мес. ребенка способствует более тяжелому течению коклюша, осложненному нарушениями ритма дыхания, отечным синдромом, длительным субфебрилитетом (до 25 дней) и удлинению периода судорожного кашля до 8 недель. Дети первых месяцев жизни нередко заражаются коклюшем в семье от близких родственников, у которых заболевание нередко протекает в атипичных формах, в связи с чем своевременно не диагностируется (при обследовании матери ребенка на коклюш ПЦР — *V. pertussis* (+), что приводит к поздней диагностике и госпитализации ребенка в стационар, а, следовательно, является причиной негладкого и осложненного течения заболевания.