

мидом с прямым кардиоселективным эффектом спиронолактона.

Для скрининга пациентов с систоло-диастолической дисфункцией миокарда до проведения эходоплеркардиографии рекомендуется определение уровня предшественника мозгового натрийуретического пептида NT-pro BNP в плазме. Индикаторные уровни NT-pro BNP > 350 фмоль/мл имеют чувствительность свыше 90%. Для оценки тяжести системных гипертензий (легочной и портальной) и степени эндотелиальной дисфункции в клинике внутренних болезней рекомендуется использовать пробу с реактивной гиперемией плечевой артерии, что позволяет избежать многократного определения в плазме пациентов уровня эндотелина-1, который теряет диагностическую ценность на фоне длительного лечения вазодилататорами.

Курсовая и длительная терапия ИАПФ/лизиноприл, периндоприл, селективными бета-блокаторами (бисопролол) и минимальными дозами антагониста альдостерона (спиролактон) сдерживают прогрессирование эндотелиальной дисфункции, легочной гипертензии и ХСН с коррекцией диастолической функции сердца у больных ИБС с постинфарктным кардиосклерозом и артериальной гипертензией.

ВЛИЯНИЕ ТОТАЛЬНЫХ 70S РИБОСОМ STAPHYLOCOCCUS AUREUS 209P НА ФАГОЦИТАРНУЮ АКТИВНОСТЬ И КОМПОНЕНТЫ МИКРОБИЦИДНОЙ СИСТЕМЫ НЕЙТРОФИЛЬНЫХ ГРАНУЛОЦИТОВ МЫШЕЙ

Сиюхова Ф.Ш., Крылов В.П., Чудилова Г.А.,

Данелян К.Г., Бабаян В.С.

Кубанский медицинский институт

Краснодар, Россия

Применение рибосомных препаратов для профилактики, лечения и иммунокоррекции ставит новые задачи по изучению их влияния на организм, в частности малоизученным остается действие бактериальных рибосом на функциональную активность нейтрофильных гранулоцитов (НГ), имеющих важное значение в элиминации возбудителя. Рост уровня заболеваемости и осложнений, вызываемых стафилококками, отсутствие специфической и эффективной профилактики, сложность лечения делает необходимым поиск новых средств защиты человека. В настоящее время в качестве профилактики для часто болеющих детей все чаще применяют рибосомы *S. aureus*. Целью исследования было изучение отдаленного (5 сутки после иммунизации) действия тотальных 70S рибосом *S. aureus* 209P на фагоцитарную активность и микробицидную систему нейтрофильных гранулоцитов (НГ) белых мышей в эксперименте *in vivo*. Установлено, что однократное введение 10^{-3} мкг препарата на жи-

вотное вызывает существенное повышение соответствующих показателей поглотительной ($p < 0,05$) и переваривающей ($p < 0,05$) функции нейтрофилов относительно фоновых значений. Активность кислородзависимой системы, оцененной по способности восстанавливать нитросиний тетразолий (НСТ) до формазана, также значительно стимулировалась, уровень среднего цитохимического индекса (СЦИ) увеличился в 2 раза по сравнению со значениями в контрольной группе ($p < 0,05$). Однако при постановке нагрузочного НСТ-теста подобного выраженного изменения значений СЦИ не наблюдалось, что отражается в достаточно не высоком значении коэффициента мобилизации, составившем $1,053 \pm 0,025$ и свидетельствует о предельной мобилизации функциональной активности клетки. Анализ уровня неферментных катионных белков, одного из компонентов кислороднезависимой микробицидности нейтрофильных гранулоцитов, существенных эффектов не показал. В то же время активность щелочной фосфатазы и миелопероксидазы значительно повышалась ($p < 0,05$). Таким образом, тотальные 70S рибосомы *S. aureus* 209P способны вызывать длительно сохраняющуюся стимуляцию фагоцитарной активности НГ крови иммунизированных животных. Основное значение в повышении микробицидной активности нейтрофилов мышей при этом, по видимому, принадлежит кислородзависимым механизмам.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ СОЧЕТАННОЙ ИНФЕКЦИИ: ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ/ТУБЕРКУЛЕЗ В ПРИМОРСКОМ КРАЕ

Сотниченко С.А.

*ГУЗ «Краевой клинический центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»
Владивосток, Россия*

На 01.01.2006 год в Российской Федерации зарегистрировано более 9000 больных ВИЧ-инфекцией и туберкулезом – это 2,6% от выявленных ВИЧ-инфицированных (343000 чел.).

В Приморском крае кумулятивное число зарегистрированных ВИЧ-инфицированных на 31.12.2006 года 6572, что составляет 324,4 на 100тыс. населения (пораженность).

За период 1989-2006 годы зарегистрирован 621 случай сочетанной инфекции, что составляет 9,44 % от зарегистрированных ВИЧ-инфицированных. Выше краевого показателя этот показатель в городах: Лесозаводск (17,1%), Находка (11,6%), Спасск-Дальний (10,6%), Октябрьском районе (11,5%).

Сочетанная инфекция: ВИЧ-инфекция/туберкулез стала выявляться с 2000 года, когда в крае произошел рост числа ВИЧ-

инфицированных. Наибольшее число случаев сочетанной инфекции выявлено в 2003-2006 годах (2003г. – 75 случаев, 2004г. – 110 сл., 2005г. – 79 сл., 2006г. – 136 сл.), причем в 2006 году произошел рост в 1,72 раза. Среди 621 случая сочетанной инфекции по половому признаку преобладали мужчины – 461 человек (74,7%), женщин было 157 человек (25,3%).

Получены многочисленные свидетельства об особенностях течения ВИЧ-сочетанного туберкулеза в зависимости от времени и последовательности развития этих инфекционных процессов.

В нашем исследовании из 621 случая сочетанной инфекции у 196 человек (31,6%) первично выявлен туберкулез, а затем ВИЧ-инфекция, первично выявлена ВИЧ-инфекция, а затем туберкулез в 174 случаев (28,01%), в 251 случае (40,4%) ВИЧ-инфекция и туберкулез выявлены одновременно.

Необходимо отметить, что у подавляющего большинства пациентов с сочетанием ВИЧ-инфекции и туберкулеза, заражение ВИЧ-инфекцией произошло парентеральным путем (ВУН) – 571 человек (91,94%), половым путем заразились вирусом ВИЧ – 31 чел. (5%), у 17 человек (2,7%) путь не установлен, а у 2 чел. (0,32%) – вертикальный путь передачи ВИЧ.

В структуре сочетанной инфекции: ВИЧ-инфекция/туберкулез возраст 18-29 лет составляет 22,5% (140чел.), возраст 30-44 года – 43% (267чел), возраст 45-59 лет составляет 28,01% (174чел.), старше 60 лет – 5,5% (34чел.). В крае зарегистрировано два ребенка с перинатальной ВИЧ-инфекцией и туберкулезом.

Таким образом, наиболее часто ВИЧ-сочетанная туберкулезная инфекция регистрируется у пациентов среднего возраста.

Таблица 1. Формы туберкулеза у пациентов с сочетанной инфекцией: ВИЧ-инфекция / туберкулез

| Все го | очагов. tbc | | инфильт. tbc | | ФКТ | | Диссим. tbc | | Милиарн. tbc | | Экссудат плеврит | | Костн. tbc | |
|--------|-------------|------|--------------|------|-----|------|-------------|------|--------------|-----|------------------|-----|------------|-----|
| | abc | % | abc | % | abc | % | abc | % | abc | % | abc | % | abc | % |
| 621 | 107 | 17,2 | 303 | 48,8 | 82 | 13,2 | 80 | 12,9 | 23 | 3,7 | 24 | 3,9 | 3 | 0,5 |

Из таблицы видно, что из 621 случая сочетанной инфекции инфильтративный туберкулез установлен у 303 человек (48,8%). У 17,23% (107чел.) туберкулез протекал с образованием очагов и у 13,2% - зарегистрирован кавернозный. Диссеминированный туберкулез выявлен у 80 человек (12,9%), милиарный туберкулез - у 23 человек (3,7%). Внелегочной туберкулез на фоне

ВИЧ-инфекции наиболее часто проявляется в виде экссудативного плеврита (3,9%). Костная форма туберкулеза установлена только у 3 человек (0,5%).

Результаты анализа стадии ВИЧ-инфекции у анализируемого контингента представлены в таблице 2.

Таблица № 2. Стадии ВИЧ-инфекции у пациентов с сочетанной ВИЧ-инфекции

| Всего | неуст. стадия | | II ст | | III ст | | IV A ст | | IVB ст | | IVB ст | | V ст | |
|-------|---------------|------|-------|-----|--------|------|---------|------|--------|------|--------|-----|------|-----|
| | abc | % | abc | % | abc | % | abc | % | abc | % | abc | % | abc | % |
| 621 | 162 | 26,1 | 34 | 5,5 | 134 | 21,6 | 161 | 25,9 | 97 | 15,6 | 9 | 1,4 | 24 | 3,9 |

Как показал анализ из 621 случая сочетанной инфекции 53 % случаев туберкулеза зарегистрировано на ранних стадиях ВИЧ-инфекции (II-IVA), 20,9% - на поздних стадиях (IVB-IVB, V). 162 пациентам (26,1%) не проведено полное клинико-иммунологическое обследование из-за неявки в ГУЗ ККЦ СПИД (на территориях края

отсутствуют иммунологические лаборатории), что не позволило установить стадию заболевания.

При оценке летальности больных ВИЧ-инфекцией было выявлено, что одной из причин смерти у ВИЧ-инфицированных пациентов в крае является туберкулез. На 31.12.2006 года умерло 1093 ВИЧ-позитивных пациента, из них от туберкулеза – 147 человек (13,4 %).

Таблица 3. Летальность пациентов с сочетанной инфекцией: ВИЧ-инфекция/туберкулез составляет в крае 23,7%.

| Всего пациентов с сочетанной инфекцией | Умерло (чел.) | Летальность |
|--|---------------|-------------|
| 621 | 147 | 23,7% |

Таблица 4. Распределение случаев по месту выявления сочетанной инфекции: ВИЧ-инфекция / туберкулез

| Всего | Выявлено в противотуберкулезном диспансере | | Выявлено в других ЛПУ | | Выявлено в ГУФСИНЕ | |
|-------|--|------|-----------------------|------|--------------------|------|
| | обсл. число | % | обсл. число | % | обсл. число | % |
| 621 | 332 | 53,5 | 146 | 23,5 | 98 | 15,8 |

Из таблицы видно, что 53,5% пациентов с сочетанной инфекцией выявлено в противотуберкулезных диспансерах (при поступлении в ПТД согласно приказу МЗ № 295 от 30.10.1995г. все пациенты обследуются на ВИЧ).

Через стационар ГУЗ ККЦ СПИД прошло 49 ВИЧ+пациентов с туберкулезом, умерло из них 6 человек.

Эпидемия ВИЧ-инфекции влияет на эпидемию туберкулеза: во-первых, ВИЧ-инфекция увеличивает вероятность инфицирования tuberculosis. Во всем мире 7,65% из 8,6 миллионов ежегодных новых случаев туберкулеза регистрируется среди ВИЧ-инфицированных.

Во-вторых, ВИЧ-инфекция способствует развитию активной формы туберкулеза у лиц инфицированных tuberculosis.

В-третьих, лица, инфицированные одновременно ВИЧ и tuberculosis имеют в 50 раз больший риск развития активного туберкулеза, нежели те, кто инфицирован только tuberculosis.

В-четвертых, ВИЧ-инфекция повышает риск рецидива туберкулеза.

В-пятых, туберкулез является одной из ведущих причин смерти среди лиц, больных ВИЧ-инфекцией. В мире - умерших от туберкулеза 1,7 млн. человек, из них 229000 (13,5%) обусловлено ВИЧ-инфекцией.

ИЗУЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ МЕЖПОЛУШАРНОЙ АСИММЕТРИИ МОЗГА УЧЕНИКОВ НАЧАЛЬНОЙ ШКОЛЫ

Хатажукова Э.И.

*Кабардино-Балкарский госуниверситет
им. Х.М. Бербекова
Нальчик, Россия*

Состояния здоровья современных школьников вызывает большую тревогу. В первых рядах причин не здоровья подрастающего поколения стоят проблемы школьного обучения. Об этом свидетельствует статистика: в 1 класс приходит 25% не здоровых детей, а из школы уходит более 90% не здоровых детей. Вместе с увеличением школьной нагрузки, стремительно возрастают и психо - эмоциональные нагрузки, связанные не только с темпом современной жизни, но и с обучением в школе. Для решения столь серьезной проблемы, необходимо сотрудничество педагогов, валеологов, физиологов, психологов и нейропсихологов. Один из способов улучшения качества школьной жизни – индивидуализация учебного процесса. Такой подход можно осуще-

ствить через выявления и учёт особенностей функциональной межполушарной асимметрии мозга (ФМА).

ФМА мозга определяет психический и эмоциональный статус человека, особенности его интеллектуального развития, а также способности к овладению навыками письма и чтения. Последнее имеет важное значение в обучении детей в начальной школе, в формировании грамотности. Для оказания практической помощи педагогам, мы тщательно обследовали 48 детей 8-10 лет на предмет выявления ФМА мозга. В работе активное участие принимали школьные педагоги. Так как ФМА мозга проявляется в асимметрии рук, глаз и ушей, мы определяли ведущие руку, глаз и уха методом тестирования разработанным Г. А. Кураевым. Определение ведущей руки производилось по следующим тестам: аплодирование, заводка часов, поднятие лежащего на полу предмета, вдевание нитки в иголку, завинчивание гайки на болт, откручивание крышки с пузырька, поглаживание игрушки.

При исследовании асимметрии слуха выясняются особенности слуха, используются тесты: шёпот, тиканье часов.

Ведущий глаз определялся по трём тестам: моргание одним глазом, рассматривание в подзорную трубу, рассматривание через лист бумаги с отверстием. Также проводились тесты на выявление скрытого левшества.

Тип ФМА мозга определялся по сочетанию «рукости», «ухости» и «глазости». По полученным результатам детей условно разделили на группы с одинаковым типом ФМА мозга и дополнили словесным описанием их особенностей. Таким образом, учителя получили психологический «портрет» класса по ФМА мозга, благодаря которому они узнали индивидуальные особенности психической деятельности своих учеников, что дало им возможность выстраивание новой педагогической стратегии.

Такая форма взаимоотношений в сообществе педагог – ученик, построенная на основе полученных нами данных дала свои результаты. По оценке учителей их труд стал интереснее и эффективнее, повысилось взаимопонимание с учениками. К концу учебного года успеваемость повысилось, улучшился микроклимат в классе.

Практический результат нашей совместной с учителями деятельности свидетельствует о том, что такие формы сотрудничества должны стать нормой и правилом для всех ступеней школьного образования. Предложенное взаимодействие учёных и педагогов будет способствовать главной