несколько схем иммунизации: щадящую, сокращенную и индивидуальную.

При определении схемы иммунизации руководствуются результатами иммунологических исследований, с помощью которых представляется возможным оценить уровень готовности иммунной системы в каждом отдельном случае.

С целью создания более напряженного и длительного поствакцинального иммунитета перед проведением профилактической прививки целесообразно определять уровень готовности иммунной системы организма прививаемого, который по степени дифференцируется как низкий, средний и высокий по значениям титров специфических антител, а также показателям иммунологических реакций, характеризующих работу иммунной системы.

По результатам проведенных иммунологических исследований, а также данных прививочного анамнеза и состояния здоровья ребенка врачом-иммунологом и педиатром определяется уровень готовности иммунной системы и разрабатывается график иммунизации, адаптированный для конкретного прививаемого.

Эффективность иммунопрофилактики зависит от организации прививочной работы на местах. Обязательными принципами в данном направлении являются:

- мероприятия по улучшению привитости населения;
- мероприятия по повышению иммунологической эффективности;
- охват иммунизацией детей из групп риска заражения;
- надзор за поствакцинальными осложнениями и реакциями;
- контроль за соблюдением «холодовой цепи» при транспортировке и хранении МИБП.

Все указанные принципы прививочной работы возлагаются на врача иммунолога кабинета иммунопрофилактики. Данное подразделение лечебно-профилактического учреждения призвано выполнять следующие виды деятельности:

- консультативно-диагностическую;
- организационно-методическую;
- информационно-аналитическую;
- информационно-образовательную.

Как показал опыт работы в данном направлении, создание кабинетов иммунопрофилактики в каждом лечебно-профилактическом учреждении позволяет повысить уровень медицинского обслуживания населения по иммунопрофилактике, приблизить оказание необходимой консультативной помощи детям, нуждающимся в индивидуальном подходе к иммунизации.

Работа кабинета иммунопрофилактики тесным образом связана с другими структурными подразделениями, являющимися заинтересованными в организации и проведении прививочной работы. Взаимосвязь кабинета иммунопрофилактики наиболее выражена с детскими поликлиниками, терапевтическими отделениями взрослых поликлиник, иммунологическими лабораториями.

Кроме того, для проведения профилактических прививок необходимо предусмотреть стационарное отделение для детей из групп риска заражения. Организация такого структурного подразделения, безусловно, способствует привлечению к проведению иммунизации детей с отягощенным анамнезом. Подготовка детей к иммунизации, страдающих тяжелыми органическими поражениями органов и систем, должна проводиться под активным наблюдением медицинских работников в условиях стационарного пребывания. Такой подход во многом сокращает риск возникновения возможных поствакцинальных реакций и осложнений у вакцинируемых.

Внедрение в практику здравоохранения мероприятий по совершенствованию иммунопрофилактики детей с отягощенным анамнезом позволяют успешно иммунизировать детей с тяжелыми заболеваниями, считавшихся ранее постоянными противопоказаниями.

Таким образом, максимальное привлечение к иммунизации населения позволяет качественно и количественно повысить уровень привитости, что даст реальную возможность снизить уровень заболеваемости инфекциями, управляемыми средствами специфической профилактики до спорадического.

ПЕРСИСТЕНТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ МИКРООРГАНИЗМОВ КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ СТАФИЛОКОККОВОГО БАКТЕРИОНОСИТЕЛЬСТВА

Норкина А.С.
Институт клеточного и внутриклеточного симбиоза УРО РАН.

Стафилококки остаются одним из ведущих возбудителей гнойно-воспалительных заболеваний. Проблема стафилококкового бактерионосительства сохраняет свою актуальность для здравоохранения. С современных позиций бактерионосительство представляет собой форму инфекционного процесса, при котором течение и прогноз определяются динамикой взаимной адаптации паразита и хозяина. Характер этого взаимодействия зависит от уровня регуляции как процесса проявления патогенности бактериального агента, так и защитных сил организма.

В связи с этим, целью настоящей работы явилось выявление стафилококковых бактерионосителей среди 39 студентов 3 курса ОГМА. Среди обследуемых были выделены две группы: носители и неносители. Носительство определяли по Чистовичу, путем трехкратного выделения микроорганизмов от одного лица с интервалом 10 суток. Определена антилизоцимная (АЛА) и ан-

тикарнозиновая (АКрА) активности золотистых и эпидермальных стафилококков.

Всего было выделено 149 штаммов, из них S. aureus – 24.8% , S. epidermidis – 17.4%, S. capitis – 10%, S. haemoliticus – 9.3%. Остальные виды стафилококков встречались единично. 91,9% S. aureus обладали АЛА, 99,8% - АКрА. 75% S. epidermidis обладали АЛА, 99% - АКрА.

При сравнительной характеристике персистентных свойств выделенных штаммов было показано, что уровень АЛА был выше в группе носителей и колебался в пределах от 0,088 до 0,661 мкг/мл, тогда как у неносителей АЛА не превышала 0,231 мкг/мл. Значения АКрА у носительских штаммов золотистых и эпидермальных стафилококков определялась в пределах от 0,23 до 3,0 мкг/мл, у неносителей – не превышало 1,5 мкг/мл.

Показано, что уровень выраженности персистентных характеристик может являться диагностическим критерием дифференциации носительских и неносительских штаммов золотистых и эпидермальных стафилококков.

К ИЗМЕНЕНИЮ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КЛЕТОЧНОГО И ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ

Оразаев Н.Г.
Кабардино-Балкарский государственный университет
Нальчик, Россия

Пневмония относится к числу наиболее распространенных заболеваний человека. Заболеваемость пневмонией в Европе колеблется от 2 до 15 случаев на 1000 человек в год. Этот показатель значительно выше у пожилых – 25-44 на 1000 человек в год у больных старше 70 лет, и до 68-114 у лиц, находящихся в домах инвалидов и домах ухода. Общая летальность при пневмонии составляет около 20-30 случаев на 100 тысяч человек в год. Пневмонии занимают первое место среди причин летальности от инфекционных болезней и 6-е место среди всех причин летальности.

Под наблюдением находились 67 больных острой бактериальной пневмонией. У 7 больных пневмония протекала в легкой форме, у 28 в среднетяжелой и у 22 в тяжелой форме. Диагноз выставлен на основании клинико-лабораторных данных и подтвержден рентгенологически. Проводилось исследование клеточного и гуморального иммунитета в динамике заболевания острой бактериальной пневмонии.

Иммунодефицит отмечается у всех больных с синдромом эндогенной интоксикации, так как по мере нарастания эндотоксикоза усугубляется дисфункция многих систем, в том числе и иммунной. Иммунная недостаточность может развиться на разных стадиях развития бактериальной пневмонии, что связано с имунногенностью микроорганизмов и интоксикацией организма. При изучении клеточного иммунитета у больных острой бактериальной пневмонией более значительные изменения в клеточном звене отмечены при тяжелом течении острой бактериальной пневмонии, что проявлялось в достоверном снижении как абсолютного, так и относительного количества Т–лимфоцитов, а также снижении соотношения между Т-хелперами и супрессорами. При тяжелом течении острой бактериальной пневмонии выявлена более значительная депрессия Т–системы и снижение уровня В–лимфоцитов, по сравнению со среднетяжелой и легкой формами течения острой бактериальной пневмонии. При этом отмечается снижение количества Т – хелперов (30,2 ± 0,5%), увеличение количества Т–супрессоров (22, 7± 0,1) и снижение ИРИ (1,2 ± 0,1), более выраженное при тяжелой форме пневмонии.При среднетяжелой пневмонии отмечается менее значительное снижение количества Т- клеток по сравнению с тяжелой формой пневмонии (40,1 ± 0,9%), снижение количества Т- хелперов (33,7 ± 0,8 %), менее значительное снижение количества Т–супресоров (20,9 ± 0,2%), показатель ИРИ составляет (1,5 ±0,2) на фоне снижения количества В–лимфоцитов (12,4 ±0,2%). При легкой форме бактериальной пневмонии иммунодефицит не выявлен.

Следовательно, при высоком уровне антимикробной и адекватной имуннологической реакции организма микробы могут уничтожаться, либо зона их распространения ограничивается за счет вспомогательной реакции с минимальным клиническим проявлениями, т. е воспаление носит защитно-приспособительный характер. При тяжелой и среднетяжелой пневмонии иммунодефицит проявляется виде подавления как клеточного, так и гуморального иммунитета, более выраженный при тяжелом течении болезни.

РОЛЬ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ТРАНСЛОКАЦИИ В РАЗВИТИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО СЕПСИСА

Парахонский А.П.
Кубанский медицинский университет
Краснодар, Россия

Исследования показывают, что причиной развития системных инфекций у больных хирургического профиля часто является кишечная флора. Трансэпителиальное распространение бактерий из просвета кишечника наблюдается при различных хирургических заболеваниях, и нарушения колонизационной резистентности могут быть вовлечены в развитие синдрома системной воспалительной реакции, сепсиса и полиорганной недостаточности. Основными механизмами, спо-