



информацией с центрами по профилактике и борьбе со СПИД МЗСР и созданием всероссийского регистра ВИЧ-инфицированных военнослужащих.

Для снижения уровня дублирования исследований с мая 2008 г. распоряжением начальника ГВМУ МО РФ введено закрепление зон ответственности экспертных ЛИИ. Этой же цели может служить отказ от повторного ИБ в специализированном отделении в случае получения положительного результата при прибытии военнослужащего для стационарного обследования и ВВК.

Сокращению длительности экспертной диагностики будет способствовать сокращение рекомендованного срока повторного

обследования после первичного отрицательного или сомнительного результата ИБ. Накопленный опыт показывает, что в абсолютном большинстве случаев у ВИЧ-инфицированных людей «сомнительный» результат ИБ уже через 1 мес становится положительным. Для реализации этого необходимо пояснение к ст. 58 «В» «Указаний по диспансеризации в ВС РФ 2005 г.», предусматривающей обязательное обследование уже через 1 мес после получения «сомнительного» ИБ. Первичная рекомендация экспертной ЛИИ по обследованию через 6 мес представляется неактуальной, поскольку срок службы военнослужащих по призыву с 2008 г. сокращен до 12 мес.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009
УДК 616.927-057.36-083

В.А.Кондратенко, В.В.Лютов, А.Н.Коваленко, М.К.Шишкин, Д.А.Супрун, Д.В.Шестаев — Опыт оказания медицинской помощи в инфекционном центре многопрофильного госпиталя во время вспышки брюшного тифа.

Отличительной особенностью деятельности инфекционного центра многопрофильного госпиталя является оказание медицинской помощи инфекционным больным при возникновении эпидемических вспышек в зоне ответственности. Показательным примером стала организация проведения лечебно-диагностических мероприятий во время вспышки брюшного тифа среди курсантов одного из вузов, находящихся в г. Санкт-Петербурге, осенью 2006 г.

Всего за период вспышки в госпитале лечились 179 больных с диагнозом брюшной тиф. Все пациенты — лица мужского пола в возрасте от 18 до 22 лет.

Поступление больных было неравномерным, от 1 до 52 человек в сутки, в течение 1,5 мес, с 26 сентября по 16 октября. Максимальное суточное количество пациентов, поступивших на лечение, отмечалось на 16-й день от появления первого случая.

Из-за отсутствия патогномичных для брюшного тифа клинических симптомов возникли определенные затруднения в его диагностике. Так, первые больные из очага поступали с предварительным диагнозом «острое респираторное заболевание». Однако выраженная интоксикация и лихорадка постоянного типа, сохранившиеся на фоне проводимой терапии, потребовали расширения диагностического поиска. При бактериологическом исследовании крови была выделена культура *Salmonella typhi*.

При поступлении больных проводилась медицинская сортировка по принципу нуждаемости в оказании неотложной помощи.

Больные с легким и среднетяжелым течением заболевания направлялись в лечебно-диагностические отделения для проведения соответствующей терапии. Пациенты с тяжелым течением инфекции и риском развития критических состояний, всего 24 (13,4%), поступали в отделение реанимации и интенсивной терапии инфекционного центра.

Клиническая картина брюшного тифа во всех случаях оказалась типичной. Так, основным и часто единственным симптомом первой недели заболевания была постоянная лихорадка 39–40 °С, не снижавшаяся при приеме противовоспалительных препаратов в стандартных дозировках, без других проявлений общей инфекционной интоксикации и органических изменений. Культура возбудителя брюшного тифа выделена у 127 (70,9%) курсантов. При серологическом исследовании (реакция непрямой гемагглютинации) положительные результаты зарегистрированы у 129 (72,1%) пациентов. Диагноз брюшного тифа подтвержден бактериологическими и серологическим методами у 172 (96,1%) пациентов, у остальных 7 (3,9%) больных — выставлен на основании клинико-эпидемиологических данных.

Существенное влияние на тяжесть заболевания и наличие клинических проявлений брюшного тифа оказали сроки госпитализации больных в инфекционный стационар, в среднем на 5–6-е сутки от момента появления первых жалоб.

Раннее активное выявление больных и своевременно начатая антибактериальная терапия отразились на тяжести течения брюш-



ного тифа и развитии осложнений. Заболевание у курсантов чаще протекало в среднетяжелой (61,5%) и легкой (37,4%) формах. Тяжелая форма была установлена только у 2 (1,1%) больных. Клинические проявления брюшного тифа были характерны в основном при среднетяжелом и тяжелом течении заболевания.

Осложнения выявлены у 5% больных. Наблюдались обычные для брюшного тифа очаговая пневмония (2,8%) и миокардит (2,2%), немного реже – панкреатит (1,1%). В то же время не было отмечено случаев развития специфических для брюшного тифа осложнений – перфорации брюшнотифозных язв и кишечного кровотечения.

В доступной литературе не найдено примеров, когда при массовой заболеваемости брюшным тифом больным удавалось избежать хирургических осложнений. В нашем наблюдении у одного пациента течение заболевания осложнилось нагноением вторичных (ложных) кист селезенки, что было клинически расценено как ее абсцесс. Своевременная диагностика и проведенное хирургическое вмешательство привели к выздоровлению этого пациента. В остальных случаях брюшной тиф также закончился выздоровлением.

Успешное лечение во многом было достигнуто благодаря активной ранней диагностике пострадавших в сочетании с проведением им комплексной терапии с использованием наиболее эффективных схем этиотропного воздействия.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009
УДК 616-001+617.3

В.В.Бояринцев, А.С.Самойлов, Д.В.Давыдов, А.П.Серета, М.Г.Марченко
– Перспективы применения клеточных технологий в травматологии и ортопедии: влияние стволовых клеток на течение репаративных процессов в костной ткани.

В последние десятилетия наблюдается значительный рост хирургической активности при лечении больных ортопедо-травматологического профиля. Ежегодно в мире выполняется около 500 тыс. эндопротезирований тазобедренного сустава и около 300 тыс. – коленного. При статистическом анализе хирургических вмешательств было выяснено, что число осложнений стабилизировалось и их снижение не прогнозируется. Так, в США количество ревизионных эндопротезирований, большая часть из которых проводится по причине асептической нестабильности компонентов эндопротеза, стабильно составляет около 50 тыс. в год. Большое количество ревизионных вмешательств заставляет искать новые пути решения проблемы.

Перспективным направлением является внедрение клеточных и биоинженерных технологий, в основе которых лежит исполь-

зование мезенхимальных стволовых клеток (МСК). Основные направления развития тканевой инженерии связаны с изучением локальной направленности МСК в место восстановления или замещения ткани, возможностями усиления локального резерва стволовых клеток путем трансплантации аутогенных МСК, трансплантацией выращенных и направленно дифференцированных *in vitro* МСК и трансплантацией полностью сформированной ткани с целью замещения дефекта.

У больных с легким течением брюшного тифа antimicrobial терапия проводилась ципрофлоксацином (внутри по 0,5–0,75 г 2 раза в сутки). Лечение пациентов со среднетяжелым и тяжелым течением заболевания осуществлялось цефтриаксоном (по 2–4 г в сутки). Назначение цефтриаксона приводило к нормализации температуры тела в течение 2–3 сут и исчезновению основных клинических проявлений заболевания к концу 4–5-го дня терапии.

Массовое поступление больных потребовало реперофилизации всех лечебных отделений госпиталя. Всего для размещения пациентов было развернуто 8 инфекционных отделений общей численностью 350 коек. Работа остальных отделений госпиталя изменилась – помощь оказывалась только неотложным больным, все плановые госпитализации на период вспышки были прекращены. Для оказания медицинской помощи привлекались специализированные группы усиления врачей-инфекционистов (клинические ординаторы во главе с преподавателями кафедры инфекционных болезней Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова).

Для предупреждения заболевания среди обслуживающего персонала отделений применялся брюшнотифозный бактериофаг, проводилось ежемесячное контрольное бактериологическое и серологическое обследование указанного контингента.

В настоящее время наиболее изучена и готова к апробации методика трансплантации выращенных *in vitro* клеток, которые могут быть получены из различных тканей, но наименее морбидным источником является костный мозг гребня подвздошной кости. В дальнейшем клетки могут направленно дифференцироваться в различные фенотипы. Для стимуляции остеогенной дифференци-