

должна стать самодиагностикой, самоанализом [1]. Для этого преподаватели кафедры биологии ФПДП в начале работы со слушателями применяют социально-психологический тренинг, направленный на выработку навыков и умений общения, коррекцию имеющейся системы межличностных отношений и созданию предпосылок для успешного взаимодействия. Анализ показал, что в процессе групповой работы затрагиваются и глубокие личностные установки участников тренинга, ведь человек получает новые конкретные сведения о себе, затрагивающие ценности, мотивы и установки. Получаемые новые представления о себе и других побуждают их заново пересмотреть сложившуюся Я-концепцию и переосмыслить концепцию «другого» [2].

Выводы

Таким образом, развитие преподавателями кафедры биологии ФПДП у слушателей дневной и вечерней формы обучения коммуникативной компетентности предполагает адекватный выбор и использование всего набора средств, ориентированных на развитие личностных субъект-субъектных сторон общения и субъект-объектных составляющих этого процесса. Успешность выпускника ФПДП определяется, в том числе, и его готовностью к эффективному взаимодействию с людьми, открытостью и инициативностью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреева, Г. М. Социальная психология / Г. М. Андреева. — М.: Аспект прогресс, 2000. — 290 с.
2. Батаршев, А. В. Психология личности и общения / А. В. Батаршев. — М.: Владос, 2004. — 246 с.
3. Батаршев, А. В. Психодиагностика способности к общению / А. В. Батаршев. — М.: Владос, 2001. — 336 с.

УДК 613.2-099-036.22:579.852.13

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОТУЛИЗМА В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Демчило А. П., Козорез Е. И., Анищенко Е. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Ботулизм — тяжелое токсико-инфекционное заболевание, характеризующееся поражением ботулотоксином холинэргических структур продолговатого и спинного мозга и протекающее с преобладанием офтальмоплегического и бульбарного синдромов.

Возбудитель заболевания *Clostridium botulinum* — анаэробная грамположительная палочка, широко распространенная в природе. При отсутствии кислорода и температуре 20–37 °С, происходит выработка самого сильного из известных биологических ядов — ботулотоксина, который блокирует высвобождение ацетилхолина из пресинаптических окончаний нервно-мышечных синапсов в мотонейронах передних рогов спинного мозга и в клетках периферических ядер двигательных черепных нервов. Вследствие нарушения нейромышечной передачи возникают парезы и параличи [2, 3].

Наиболее часто попадание ботулотоксина в организм человека происходит с консервированными в домашних условиях грибами (85–90 % всех случаев ботулизма). Особенно это касается пластинчатых грибов, которые растут на почве (зеленки, подзеленки, рядовки и др.), из них трудно вымыть песок, в котором могут находиться споры палочки ботулизма. В последующем недостаточная термическая обработка и консервирование, чтобы не «плесневели» сверху, с помощью подсолнечного масла создают оптимальные условия для прорастания спор. Попадание токсина ботулизма может также произойти и при употреблении вяленой, копченой, соленой речной рыбы домашнего приготовления, а также колбасы, ветчины, окороков, и консервированного в домашних условиях мяса, реже фактором передачи являются консервированные овощи и фрукты [2, 3].

Лабораторное подтверждение ботулизма представляет большие трудности. Практическому здравоохранению доступна только биологическая проба на мышах для идентификации

типа токсина [4]. Несмотря на заявленную высокую чувствительность, имеется ряд моментов, которые сильно снижают ее диагностическую ценность — это необходимость использования для постановки реакции большого количества абсолютно здоровых животных, а также отдаленность учета результатов реакции (до 4 суток). К тому же постановка метода может проводиться лишь в хорошо оснащенных лабораториях при наличии соответствующих специалистов. В Гомеле она проводится только в Гомельском областном центре гигиены и эпидемиологии.

Одним из наиболее активно развивающихся серологических методов индикации микробных антигенов является иммуноферментный анализ (ИФА). Это обусловлено такими его достоинствами, как высокая специфичность и чувствительность, удобство и скорость выполнения, безопасность и хорошая воспроизводимость. Получены и оценены в модельных опытах оригинальные высокочувствительные иммуноферментные тест-системы для детекции ботулинических токсинов типов А, В и Е [5]. Однако коммерческие высокочувствительные тест-системы для выявления токсинов методом иммуноферментного анализа в Республике Беларусь не зарегистрированы.

В структуре инфекционных болезней ботулизм регистрируется значительно реже, чем другие кишечные инфекции. Однако, несмотря на это, заболевание остается актуальным для изучения. В первую очередь это связано с несвоевременной диагностикой на догоспитальном этапе, поздним назначением специфической терапии и высокой летальностью при тяжелом течении заболевания [1].

Цель

Изучить клинико-эпидемиологическую характеристику ботулизма в Гомельской области.

Материал и методы исследования

Истории болезни 15 пациентов с диагнозом «Ботулизм», проходивших лечение в Учреждении «Гомельская областная инфекционная клиническая больница» в 2009–2017 гг. Диагноз устанавливался на основании характерной клинической картины и данных эпидемиологического анамнеза.

Результаты исследования и их обсуждение

За период с 2009 по 2017 гг. в У«ГОИКБ» на стационарном лечении с диагнозом «Ботулизм» находились 15 пациентов, в возрасте от 17 до 56 лет, 8 женщин и 7 мужчин. За год регистрируется от 1 до 3-х случаев ботулизма. Шесть пациентов были жителями г. Гомеля, девять — Гомельской области, переведенные в У «ГОИКБ» с подозрением на ботулизм. Направительные диагнозы (включая районный этап) были следующими: ботулизм? — 4, ПТИ — 3, острый гастроэнтерит — 4, острый рассеянный энцефаломиелит — 1, токсическая энцефалопатия — 1, два пациента обратились самостоятельно.

При изучении эпидемиологического анамнеза выяснено, что фактором передачи в 8 (53 %) случаях явилась вяленая непотрошенная рыба, в 6 (40 %) случаях — маринованные грибы домашнего изготовления, в 1 (7 %) случае возможным фактором передачи указан маринованный горошек. В структуре заболеваемости ботулизмом с 2009 по 2017 гг. преобладали не связанные между собой случаи (87 %), семейных случаев не было, зарегистрирован только парный случай у 2-х мужчин, употреблявших рыбу совместно. Инкубационный период, от употребления подозрительных продуктов до появления первой клинической симптоматики, был коротким и составлял 1–4 дня.

У 4-х пациентов заболевание протекало в легкой форме, у 8 установлена средняя степень тяжести, у 3-х — тяжелая, причем двое из них нуждались в искусственной вентиляции легких. Зависимости степени тяжести болезни от длительности инкубационного периода не было.

При анализе клинической картины заболевания выявлено, что у всех пациентов заболевание начиналось остро, первыми проявлениями были симптомы поражения желудочно-кишечного тракта (в 100 % случаев) в виде тошноты, рвоты, боли или тяжести в животе, редко присоединялась диарея — 2 (13 %) случая. Но данные симптомы были не тяжелыми, вследствие чего люди не обращались за медицинской помощью. В дальнейшем у больных наблюдалось угнетение моторики пищеварительного тракта, что проявлялось запором, ослаблением перистальтики кишечника, вздутием живота. Обращение за стационарной по-

мощью происходило через 2–3 дня, после появления неврологической симптоматики, в двух случаях настолько выраженной, что привело к установлению неврологических диагнозов (острый рассеянный энцефаломиелит, токсическая энцефалопатия) и госпитализации в неврологическое отделение.

Неврологическая симптоматика характеризовалась наличием следующих паралитических синдромов: офтальмоплегического — в 100 % случаев, бульбарного — в 60 % случаев, общей мионевроплегии — в 100 % случаев, дыхательных расстройств с угнетением произвольного дыхания — в 13 % случаев.

Развитие офтальмоплегического и бульбарного синдромов являлось основной причиной обращения пациентов за медицинской помощью. Предъявлялись жалобы на нечеткость зрения (80 %), двоение в глазах (27 %), тяжесть век (7 %), затруднение глотания и ощущение кома в горле (53 %), сухость во рту (67 %), гнусавость или осиплость голоса (27 %), нечеткость речи (20 %). Обязательная жалоба больных на общую мышечную слабость (в 100 % случаев), даже с легкими формами ботулизма, объясняется паралитическим действием токсина на скелетную мускулатуру. 40 % пациентов предъявляли жалобы на головокружение. Два пациента отмечали одышку и чувство нехватки воздуха, у них развилась острая дыхательная недостаточность с необходимостью ИВЛ в течение 3 и 6 дней.

При объективном осмотре больные в сознании, адинамичные. Отмечалось выраженное расширение зрачков с вялой реакцией на свет (80 %). Также при обследовании выявлялось ограничение движений глазных яблок в стороны (33 %). Слизистая оболочка ротоглотки — сухая. Отмечался парез мягкого нёба (рефлекс ослаблен или отсутствует — у 53 % больных).

Температурная реакция для ботулизма неспецифична, чаще температура тела нормальная или субфебрильная. В изучаемой группе пациентов субфебрильная температура была у 2 (13 %) больных, у остальных пациентов повышения температуры не зафиксировано.

При исследовании периферической крови незначительный лейкоцитоз выявлен у 3 (20 %) пациентов, нейтрофилез у 10 (67 %) пациентов, повышение СОЭ зафиксировано только у 1 больного.

Лабораторная диагностика, направленная на выявление ботулотоксина в сыворотке крови, проводилась только 7 пациентам, тип ботулотоксина удалось определить в 2 (29 %) случаях — определен токсин типа В.

Всем больным, независимо от тяжести заболевания, однократно была введена противоботулиническая сыворотка, содержащая анитоксические антитела против токсинов типа А (10 000 МЕ), типа В (5 000 МЕ), типа Е (10 000 МЕ). Реакций и осложнений на введение не зафиксировано. Также всем пациентам проведена дезинтоксикационная терапия — промывание желудка и кишечника, назначение сорбентов внутрь и внутривенное введение растворов. Из антибактериальных препаратов использовались офлоксацин, левофлоксацин, ампициллин.

Длительность госпитализации зависела от степени тяжести заболевания и составила от 7–9 дней в легких случаях до 22 дней в тяжелых случаях.

Заключение

При изучении клинико-эпидемиологической характеристики ботулизма в Гомельской области за период 2009–2017 гг. установлено, что заболеваемость данной инфекцией характеризуется низким уровнем (от одного до трех случаев в год) и спорадичностью. Основным этиологическим фактором передачи инфекции было употребление в пищу вяленой рыбы — 53 % и маринованных грибов — 40 %. Заболевание характеризовалось типичной клинической картиной с коротким инкубационным периодом, острым началом заболевания с развитием симптомов поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта и появлением паралитического синдрома через 2–3 дня. Офтальмоплегический синдром имелся в 100 % случаев, бульбарный — в 60 % случаев, синдром общей мионевроплегии — в 100 % случаев, синдром дыхательных расстройств с угнетением произвольного дыхания — в 13 % случаев.

Обращает на себя внимание низкий уровень лабораторного подтверждения диагноза методом биопробы на мышцах: тип ботулотоксина удалось определить только в 29 % случаев — определен токсин типа В.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ботулизм: трудности диагностики / И. Г. Ретинская [и др.] // Неврологический журнал. — 2006. — Т. 11. — С. 22–24.
2. Иванова, М. А. Ботулизм: учеб.-метод. пособие / М. А. Иванова. — Минск: БГМУ, 2009. — 24 с.
3. Никифоров, В. В. Ботулизм: клинические особенности и современные подходы к терапии / В. В. Никифоров // Терапевтический архив. — 2001. — № 11. — С. 91–101.
4. Никифоров, В. Н. Ботулизм / В. Н. Никифоров, В. В. Никифоров. — М.: Медицина, 1985. — 200 с.
5. Петровских, В. П. Серологическая индикация и дифференциация ботулинических токсинов-анатоксинов типов А, В и Е: автореф. дис. ... канд. биол. наук / В. П. Петровских. — Пермь, 1998.

УДК 616.71-018.46-089.843-036.12-08-039.57

ПРИМЕНЕНИЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ФОТОХИМИОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ «ТРАНСПЛАНТАТ ПРОТИВ ХОЗЯИНА» У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ КОСТНОГО МОЗГА

Денисов А. В., Хаданович С. А.

**Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Хроническая реакция «трансплантат против хозяина» является серьезным осложнением трансплантации гемопоэтических стволовых клеток, характеризуется высокой летальностью, главным образом, из-за инфекционных осложнений. Первичными органами-мишенями при хронической реакции «трансплантат против хозяина» после пересадки костного мозга являются кожа, слизистые оболочки и опорно-двигательный аппарат. Кожные проявления характеризуются локальным или генерализованным поражением кожи по типу склеродермии с очагами гиперпигментации и уплотнения. Поражение суставов при хронической реакции «трансплантат против хозяина» сопровождается их фиброзом, что приводит к выраженному уменьшению подвижности и, как следствие, инвалидизации пациентов.

«Первой линией» терапии хронической реакции «трансплантат против хозяина» после пересадки костного мозга являются кортикостероиды, поскольку ни один класс иммунодепрессантов в качестве монотерапии не способен обеспечить должного эффекта у данных пациентов. В то же время, только у 50 % пациентов с хронической реакцией «трансплантат против хозяина» наблюдается адекватный ответ на проводимую кортикостероидную терапию [1]. По этой причине в настоящее время экстракорпоральная фотохимиотерапия является актуальным методом лечения данного посттрансплантационного осложнения и широко признается в качестве терапии «второй линии» для пациентов с хронической реакцией «трансплантат против хозяина», резистентных к кортикостероидам. Результаты ряда исследований показали, что механизм действия экстракорпоральной фотохимиотерапии связан, в первую очередь, с иммуномодулирующим действием, включающим модуляцию дендритных клеток, изменение цитокинового профиля и индукцию некоторых субпопуляций Т-лимфоцитов. В ходе экстракорпоральной фотохимиотерапии происходит псорален-опосредованная сшивка ДНК, запускающая процесс апоптоза лимфоидных клеток, особенно натуральных киллеров и Т-клеток. Однако, моноциты, вовлеченные в процесс экстракорпоральной фотохимиотерапии, более устойчивы к апоптозу, чем лимфоциты, дифференцируются в течение 2 дней, что выражается в появлении поверхностных маркеров, характерных для незрелых дендритных клеток (CD83, α -V, β -V, CD1a). Этот процесс не зависит от псорален-индуцированной фотоактивации и обусловлен, прежде всего, контактом с полимерными материалами магистралей, использующихся в ходе экстракорпоральной фотохимиотерапии. Лимфоциты же, в которых индуцирован процесс апоптоза, подвергаются фагоцитозу незрелыми дендритными клетками, которые в ходе своего созревания представляют поверхностные антигены. Этот процесс получил название трансиммунизации, которая и объясняет положительный эффект проводимого лечения [2].