

Поиск новых моделей тест-вирусов для повышения эффективности экспертной оценки вирулицидного действия дезинфицирующих средств

**С.А. СОЛОВЬЕВ, Е.П. ТРОХИМЕНКО,
О.О. КОСТЕНКО, И.В. ДЗЮБЛИК**

В работе освещены современные требования к сертификации и регистрации основных групп дезинфицирующих препаратов. Описаны основные модели тест-вирусов и критерии оценки вирулицидного действия дезинфицирующих средств в культуре клеток. В качестве модели тест-вируса для повышения эффективности экспертной оценки вирулицидного действия дезинфицирующих средств, предложено использовать ротавирус группы А обезьян штамм SA-11. Предложено также дополнить стандартные методы оценки снижения инфекционной активности тест-вирусов по ЦПД регистрацией вирусспецифических включений с использованием цитофлюориметрического критерия.

Ключевые слова: *простые вирусы, сложные вирусы, тест-вирусы, дезинфектанты, вирулицидное действие, экспертная оценка*

Research of new test-virus model to improve efficiency expert evaluation of virucidal effect of disinfectants

**S. SOLOVYOV, E. TROKHIMENKO,
O. KOSTENKO, I. DZYUBLIK**

The paper highlights the modern requirements for certification and registration of key groups of disinfectants. The basic model of the test-viruses and criteria for evaluating virucidal effect of disinfectants in cell culture were described. As a model for improving the effectiveness of expert evaluation of virucidal effect of disinfectants, it was proposed to use simian rotavirus group A strain SA-11. It was also proposed to complete the standard methods of registration to reduce the infectivity of the test-viruses for CPE detection of virus-specific inclusions using cytofluorimetric criterion.

Key words: *simple viruses, complex viruses, test-virus, disinfectants, virucidal effect, expert evaluation*

УДК 616.988.73-39-07

Варианты клинических проявлений и диагностика орнитоза

Ю.А. СОТНИК, И.Л. БОНДАРЕВА, Е.А. СЛЮСАРЬ

г. Донецк

В работе приведены данные обследования 93 пациентов с диагнозом орнитоз. Рассмотрены варианты клинических проявлений орнитоза, трудности клинической диагностики и важность эпидемиологического анамнеза в постановке диагноза.

Ключевые слова: *орнитоз, варианты проявлений орнитоза*

Опубликованные данные и собственные наблюдения свидетельствуют о том, что истинная заболеваемость орнитозом существенно выше

выявляемой (А.В. Билибин, 1962, Е.Н. Павловский, 1966 и др). Значительная часть больных, которая наблюдается не только в поликлиниках, но и в стационарах проходит под другими диагнозами. Сложность распознавания орнитоза обусловлена не только разнообразием клинической картины, но и отсутствием специфических симптомов.

Материал и методы

В течение последних трех десятилетий (2007–2009 гг.) мы наблюдали 93 больных орнитозом (54 женщины, 39 мужчин) в возрасте от 21 до 56 лет. При этом имели место четыре семейные вспышки (3, 4, 5 и 8 больных), связанных с инфицированием от голубей, три групповых заболевания (12, 17 и 36 пострадавших) у работников птицерасделочного цеха мясокомбината, занимавшихся разделкой утиных тушек. Заболели также двое больных, занимавшихся до заболевания транспортировкой уток и три продавца зоомагазина, в котором содержались декоративные птицы. Три спорадических заболевания возникли у людей, содержащих голубей. Таким образом, во всех выявленных случаях орнитоза имела место вполне определенная эпидемиологическая ситуация, способствующая заражению.

У 33 больных заболевание протекало легко, сопровождалось лихорадкой в течение 3–5 дней, общей слабостью, слабо выраженными симптомами бронхита. Диагноз «орнитоз» и его лабораторное подтверждение у этой группы больных был возможен, так как они работали вместе с другими пациентами, у которых заболевание сопровождалось более выраженной клинической картиной.

У 39 больных заболевание расценивалось как средней тяжести, у 21 – как тяжелое. Во всех случаях средне- и тяжелое развитие заболевание проявлялось острым (у 26 человек внезапным) началом, ознобом, повышением температуры до 38,5–40°С, головной болью, ломотой в суставах и выраженными миалгиями. У 12 пациентов в первые дни была повторная рвота, у 8 – жидкий стул. Многие пациенты жаловались на сухость во рту и жажду и почти все – на кашель. Лихорадка продолжалась от 7–8 дней до 3 недель, у одной пациентки до 1,5 лет. У этой больной, врача по профессии, заболевание в течение первой недели проявлялось лихорадкой, ознобами, другими симптомами токсикоза и было расценено как грипп. С первых дней были выражены симптомы бронхита. К восьмому дню болезни рентгенологически выявлена двусторонняя нижнедолевая пневмония. В процессе лечения состояние на некоторое время улучшилось, хотя сохранялась субфебрильная температура и общая слабость. В течение последующих месяцев больная жаловалась на кашель, иногда сопровождающийся выделением слизистой мокроты, утомляемость. Периодически с интервалом в несколько недель повышалась на несколько дней температура до 38–

38,5°C. При консультации больной через 1,5 года от начала заболевания выяснено, что муж больной занимался разведением ценных пород голубей. Наша пациентка периодически занималась уборкой клеток. Рентгенологически выявлена интерстициальная пневмония. Эффективным было лечение макролидами и фторхинолонами в сочетании с иммуноактивирующей терапией. Диагноз «орнитоз» был подтвержден выявлением высоких титров РСК.

Двое больных были госпитализированы на 11 день болезни с подозрением на брюшной тиф. Высокая ремиттирующая лихорадка, бледность кожи, адинамия, обложенный язык, увеличение печени, лейкопения свидетельствовали в пользу этого диагноза, а выраженные признаки бронхита ему не противоречили. Однако лишь спустя несколько дней после поступления в стационар при повторном изучении анамнеза было выяснено, что обе пациентки до заболевания были заняты транспортировкой уток. Диагноз «брюшной тиф» был исключен соответствующими исследованиями, а орнитоз подтвержден РСК.

У 35 больных была пневмоническая форма орнитоза, которая проявлялась болями в груди, у 9 – кровохарканьем. При кашле выделялась слизистая мокрота. Только у 6 пациентов определялось укорочение перкуторного звука, у всех выявлялись рассеянные множественные сухие хрипы, а у 19 – разнокалиберные влажные хрипы. При рентгенологическом исследовании у 29 выявлены инфильтраты в нижних отделах обоих легких, у 10 – в средней доле правого легкого, у 6 – в верхних долях.

Изменения сердечно-сосудистой системы проявлялось тахикардией и приглушенностью тонов, но у 3 больных заболевание осложнилось миокардитом.

У 4 больных в процессе заболевания возник тромбоз нижних конечностей.

Сложной была диагностика орнитоза у больной, поступившей в клинику инфекционных болезней на 10 день от начала заболевания с диагнозом менингоэнцефалит. Первые симптомы характеризовались повышением температуры до 37,8–38°C, головной болью и общей слабостью. Со второго дня заболевания температура достигла 39,5°C, присоединилась тошнота, многократная рвота, выявлены менингеальные знаки. В спинно-мозговой жидкости: цитоз 99 клеток в 1мкл (нейтрофилов 40%, лимфоцитов 60%), белок 0,26 г/л. При гематологическом исследовании выявлена лейкопения, сдвиг палочкоядерных лейкоцитов влево, лимфопения. Находилась в местной больнице, получала цефтриаксон, тиотриаазолин, дезинтоксикационные препараты. Температура снизилась, улучшилось общее состояние, но к 9 дню болезни возникла диплопия, стробизм. Переведена в клинику. При поступлении отмечены вялость, сонливость, симптомы Кернига, Брудзинского, ригидность мышц затылка, а также птоз, мидриаз, диплопия.

Получала антибактериальную (левофлоксацин), патогенетическую и дезинтоксикационную терапию. Состояние постепенно улучшилось. Спустя три недели выписана в удовлетворительном состоянии.

Во время пребывания в инфекционном стационаре, спустя продолжительное время от начала заболевания, было выяснено, что семья больной содержит кур, на подворье часто залетают голуби. С учетом полученных сведений обследована на орнитоз. РСК со специфическим антигеном оказалась повышенной в титре 1/80.

Выводы

Таким образом, клиническая диагностика орнитоза представляет известные сложности, поскольку заболевание проявляется рядом неспецифических симптомов и должна базироваться на тщательном сборе эпидемиологического анамнеза.

Литература

1. Безденежных И.С. Орнитозы. Эпидемиология, клиника. / И.С. Безденежных. – М.: Медицина, 1959. – 211 с.
2. Билибин А.Ф. Эпидемиология и клиника орнитозов / А.Ф. Билибин // Клин. медицина. – 1962. – № 3. – С. 34-38.
3. Казанцев А.Г. Орнитоз / А.Г. Казанцев. – Л.: Медицина, 1973. – 217 с.
4. Павловский Е.Н. Птицы и инфекционная патология человека / Е.Н. Павловский, К.Н. Токаревич. – Л.: Медицина, 1966. – С. 33–75.
5. Токаревич К.Н. Зооантропонозы профессионального характера / К.Н. Токаревич. – Л.: Медицина, 1969. – 268 с.

Варіанти клінічних проявів і діагностика орнітозу

Ю.А. СОТНИК, І.Л. БОНДАРЄВА, Є.А. СЛЮСАР

У роботі наведені дані обстеження 93 пацієнтів хворих на орнітоз. Розглянуті варіанти клінічних проявів орнітозу, труднощі клінічної діагностики та важливість епідеміологічного анамнезу в установленні діагнозу.

Ключові слова: орнітоз, варіанти проявів орнітозу

Different variants courses and diagnostic of ornithosis

Yu.A. SOTNIC, I.L. BONDARYEVA, Ye.A. SLYUSAR

93 patients with ornithosis were observed. Different variants courses were described. Difficulties of this diagnose and importance of epidemiological anamnesis were shown.

Keywords: ornithosis, variants of clinical ornithosis