

7. Назаров С.Б. Набор для оценки агрегации эритроцитов (Инструкция к применению). Иваново, 1991. 4 с.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЭНТЕРОСОРБЦИОННОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ШИГЕЛЛЕЗОМ

В.С. Копча, М.А. Андрейчин

Тернопольская государственная медицинская академия им. И.Я. Горбачевского

РЕЗЮМЕ

Сравнили эффективность разных методов лечения больных острым шигеллезом. Установлено, что одно- двукратное орошение слизистой оболочки толстой кишки (колосорбция) кислородным аэрозолем силларду-П содействует быстрому клиническому выздоровлению, нормализации реологических свойств крови и микроциркуляции прямой кишки и предотвращает реконвалесцентное бактерионосительство. Объединение колосорбции с пероральной этиотропной терапией не имело преимуществ перед использованием такого вида энтеросорбции без этиотропных посредников.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: шигеллез, энтеросорбция

THE IMPROVEMENT OF ENTEROSORBTIAL THERAPY IN PATIENTS WITH SHIGELLOSIS

V.S. Kopcha, M.A. Andreitchin

I.Y. Gorbachevsky Ternopol State Medical Academy

SUMMARY

The effectiveness of different methods of therapy in patients with acute shigellosis is compared. It is detected the one-time pollination of mucous membrane of colon (colon-sorbition) with oxide aerosol of sillard-P contributes to quick clinical recovery, normalization of reologic blood characteristics and rectum microcirculation and prevent reconvalescensive bacterial-carrier. The combination of colon-sorbition and ethiotropal therapy per os hasn't got the advantages in usage of the same kind of enteralsorbition without ethiotropal preparations.

KEY WORDS: shigellosis, enterosorbition

УДК 616.36 – 002.1.2.

ИЗУЧЕНИЕ ГЕНОТИПОВ ВИРУСОВ ГЕПАТИТОВ В И D В ХАРЬКОВСКОМ РЕГИОНЕ

В.П. Мальный,¹ В.П. Чуланов,² А.Т. Подколзин,² Т.И. Лядова,¹ С.Б. Лавелин¹

Харьковская медицинская академия последипломного образования¹, Центральный НИИ Эпидемиологии МЗ РФ²

РЕЗЮМЕ

В статье приведены данные о частоте встречаемости различных генотипов вирусов гепатитов В и D в Харьковском регионе. Показана взаимосвязь клинического течения болезни в зависимости от выявленного генотипа возбудителя.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: вирусные гепатиты В и D, генотипы вирусов, клиника

Вирусные гепатиты человека представляют довольно большую и трудную проблему, которая еще далека от своего решения. Согласно расчетным данным ВОЗ в разных странах мира вирусными гепатитами инфицированы сотни миллионов человек. На современном этапе сохраняется высокий эпидемический потенциал вирусного гепатита В (ГВ). Он относится к наиболее широко распространенным инфекциям. Перенесенная в прошлом инфекция или инфицирование в настоящее время регистрируется более чем у

1 млрд человек. Широкая распространенность ГВ отмечается и в Украине. Распространенность ГД в Харьковском регионе среди больных острым и хроническим ГВ, согласно нашим исследованиям, составляет 21,3%. Это достигает уровня стран эндемичных в отношении гепатита D.

Актуальность проблемы ГВ и ГД характеризуется угрозой хронизации с формированием хронического гепатита, цирроза печени. При HDV/HBV-суперинфекции имеется также потенциальная угроза особо тяже-

лого (фульминантного) течения с развитием массивного некроза печени и печеночной комы с летальным исходом; трансформация в цирроз печени хронического вирусного гепатита D, при варианте суперинфекции, в течении 15-20 лет отмечается в 60-70% случаев [1].

Течение инфекционного процесса у больных вирусными гепатитами зависит от многих факторов: с одной стороны это факторы макроорганизма, с другой – это факторы вируса, в частности его генетические особенности, определяющие экспрессию возбудителя, которая в свою очередь определяет иммунный ответ. Этим аспектам проблемы уделяется постоянное внимание. Современный этап изучения вирусных гепатитов ознаменовался возможностью непосредственной индикации ДНК или РНК вирусов соответственно.

В настоящее время различают 6 генотипов вируса GB – A, B, C, D, E, F [3] и 3 генотипа GD – I, II, III [4].

Распространенность генотипов вирусов гепатитов B и D имеет географические особенности. Так, в частности, генотипы A и D GB регулярно встречаются в Западной Европе, где они регистрируются в 90% случаев. Генотип C преобладает в Азии (86%). В России встречается генотип D в 94% случаев. Генотип E характерен для Западной Африки и генотип F – для Южной Америки и островов Полинезии. Значительно реже встречаются другие, указанные выше, генотипы. Генотипы гепатита D I и II типа встречаются в Европе, Африке, Азии, Северной Америке, III генотип циркулирует в Южной Америке. Проведенные исследования в России позволили выявить циркуляцию вируса GD относящегося к I генотипу.

Цель нашего исследования заключалась в идентификации генотипов вирусов гепатитов B и D циркулирующих в Харьковском регионе, а также в определении их эпидемиологического и клинического значений.

Материалом для исследования послужила группа больных в количестве 54 человек с вирусным GB. Обследование больных, в возрасте от 16 до 62 лет, проводилось в клинике инфекционных болезней Харьковской медицинской академии последипломного образования.

Диагноз вирусного гепатита у всех больных был подтвержден лабораторно – обнаружением в крови специфических маркеров: HBsAg и анти-HBcIgM с использованием ИФА. ДНК вирусов GB и GD определялась методом полимеразной цепной реакции.

Генотипирование вирусов гепатитов проводилось по методу M.Mizokami [5] в моди-

фикации ЦНИИЭ г. Москва. Для определения генотипов использовались следующие методики: ПЦР с генотипоспецифическими праймерами, прямое секвенирование (определение последовательностей нуклеотидов вируса гепатита B) и рестрикционный анализ.

Первая из них – метод амплификации ДНК посредством полимеразной цепной реакции (ПЦР), созданный американским исследователем К.В. Mullis в 1985 г.

Продукты реакции ПЦР (ДНК вируса) обрабатывали генотипоспецифическими эндонуклеазами рестрикции. Рестриктирующие эндонуклеазы – это ферменты, “узнающие” определенные последовательности (сайты рестрикции) в двухцепочечной ДНК и расщепляющие молекулу в этих сайтах. Их выделяют преимущественно из прокариотических клеток.

Прямое секвенирование амплифицированной ДНК является высоконадежным методом доказательства ее специфичности, но применяется в основном для идентификации точечных мутаций генов. Конечно, этот метод является довольно дорогим и не применяется для скринингового исследования.

Больные распределялись на три группы: 1-ю составили пациенты с острым вирусным гепатитом B - моноинфекция - 64,8% (35 человек); 2-ю составили больные с острым вирусным микст-гепатитом B - 24% (13 человек); 3-ю составили больные с хроническим вирусным гепатитом B - 11,2% (6 человек).

Следует отметить, что среди больных первой группы было выявлено 3 наркотически зависимых пациента, что составляло 8,5% от этого количества больных. Во второй группе среди больных было обнаружено 10 наркотически зависимых больных, что составляло 77%. В третьей группе такие больные отсутствовали. Общее количество наркозависимых больных составило 24%.

ДНК вируса GB обнаруживалась у 45 больных (83,3%). Из них в первой группе ДНК была обнаружена в 88,5% случаев, во второй – 92,3% случаев и в третьей – 33,3% случаев. Количество больных, у которых была выявлена ДНК HBV, но генотип вируса установить не удалось, составило 6,6%. Среди больных с установленным генотипом в 97,8% случаев (42 человека) выявлялся генотип D и всего в одном случае - генотип A (2,2%).

При изучении генотипа D GB были выявлены 2 его разновидности (геноварианта): I геновариант, который встречался в 41,4% случаев, II - в 58,6% случаев. Из них у больных с острым вирусным GB I геновариант определялся в 46,6% случаев, и несколько

чаще встречался II геновариант – в 53,4% случаев. В группе больных с микст-формой гепатита В частота обнаружения I геноварианта была низкой и достигала 27,7%, II же геновариант определялся довольно часто и регистрировался у 72,8% больных. При обследовании наркозависимых больных было выявлено, что II геновариант HBV встречался значительно чаще – в 77,7% случаев.

При сравнении клинических проявлений заболевания между I и II геновариантами генотипа D вируса гепатита В нами были выявлены существенные различия. Так, обращает на себя внимание более частый суставной синдром у лиц со II геновариантом (встречался в 20,8%), у обладателей I геноварианта он встречался значительно реже (всего 5,8% случаев); повышение температуры соответственно в 45,8 и 35,2%. Диспепсический синдром, который встречался значительно чаще, так же регистрировался в сравниваемых группах, но с разной частотой. Так, снижение аппетита отмечалось соответственно в 45,8 и 35,2%, тяжесть в эпигастрии – соответственно в 70,8 и 58,8%, тошнота – в 65,2 и 52,9%, рвота – в 45,8 и 7,1% случаев соответственно. Это указывает, с одной стороны, о влиянии II геноварианта генотипа D на тяжесть течения болезни, а с другой – о токсическом влиянии наркотического вещества на клетки печени. Речь идет

о взаимопотенцирующем влиянии.

РНК вируса GD определили у 13 больных (21,3%). Во всех случаях выявлялся генотип – I геновариант – а.

Впервые проведенное генотипирование вирусов гепатитов В и D в Украине у больных, находившихся в клинике инфекционных болезней Харьковской медицинской академии последипломного образования позволило выявить:

- Наличие двух генотипов GB – D и A, соответственно в 97,8% и 2,2% случаев. Генотип D является доминирующим и равномерно распределяется среди наблюдаемых больных. Проведенное секвенирование позволило выявить два геноварианта генотипа D – I и II. Выявленные геноварианты генотипа D практически с одинаковой частотой встречались среди различных групп больных. Но у больных, отмечающих внутривенное введение наркотиков, геновариант II встречался значительно чаще, что имеет важное клиническое и эпидемиологическое значение, так как заболевание у них протекало тяжелее, с более выраженными симптомами интоксикации и диспепсическим синдромом.
- У больных GD определялся только один генотип – Ia, который встречался в 100% случаев во всех группах больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Линеvский Ю.В., Линеvская К.Ю. // Медицина сегодня. Ноябрь 2001. №21-22. С 101-102.
2. Телегін Д.С. // Acta Medica Leopoliensia. 1999. №1.
3. Kao J.H., Chen P.J., Lai M.Y. et al. // Gastroenterology. 2000. №3. P.554-559.
4. John L. Casey, John L. // J Virol. April 1998. №4. Vol. 72. P. 2806-2814.
5. Mizokami M., Nakano T., Orito E. et al. // FEBS Letters. 1999. №450. P. 66-71.

ВИВЧЕННЯ ГЕНОТИПІВ ВІРУСІВ ГЕПАТИТІВ В І D В ХАРКІВСЬКОМУ РЕГІОНІ

В.П. Малий,¹ В.П. Чуланов,² А.Т. Подколзін,² Т.И. Лядова,¹ С.Б. Лавелін¹

Харківська медична академія післядипломної освіти,¹ Центральний НДІ Епідеміології МОЗ РФ²

РЕЗЮМЕ

У статті приведено дані про частоту зустрічності різних генотипів вірусів гепатитів В і D у Харківському регіоні. Показано взаємозв'язок клінічного перебігу хвороби в залежності від виявленого генотипу збудника.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: вірусні гепатити В і D, генотипи вірусів клініка

THE STUDYING OF GENOTYPES OF VIRAL HEPATITIS B AND D IN KHARKIV REGION

V.P. Maly,¹ V.P. Tchulanov,² A.T. Podkolzin,² T.I. Lyadov,¹ S.B. Lavelin¹

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education,¹ Central Science Research Institute of Epidemi-

SUMMARY

The data about the frequency of different viral hepatitis B and D genotypes occurrence are shown in the article in the Kharkiv region. The communication of clinical course of the disease is shown due to the identified agent genotype.

KEY WORDS: viral hepatitis B and D, virus genotype, clinical course

УДК 616.988.55-036-053

К ВОПРОСУ КЛИНИКИ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА У ВЗРОСЛЫХ

Н.Ф. Меркулова,¹ Э.А. Белкина,¹ В.В. Никитина,¹ Н.А. Екимова²

Харьковский государственный медицинский университет,¹ Областная клиническая инфекционная больница²

РЕЗЮМЕ

Обобщены клинические данные 124 больных инфекционным мононуклеозом различных возрастных групп. В сравнительном аспекте течение заболевания у подростков и взрослых показало идентичность симптоматики. Отличительным от подростковой группы у взрослых было значительное разнообразие симптомов и синдромов, т.е. клинический полиморфизм. Заболевание чаще характеризуется более постепенным началом, более поздним появлением в крови атипичных мононуклеаров, медленной регрессией заболевания. Участились случаи септического варианта заболевания.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: инфекционный мононуклеоз, клиника, атипичные мононуклеары, септические варианты

Инфекционный мононуклеоз (ИМ), вызываемый герпесвирусом 3й группы, в последние 5-7 лет привлекает пристальное внимание широкого круга врачей практического здравоохранения. Интерес к данной патологии вызван ростом заболеваемости, разнообразием клинических проявлений, трудностью распознавания на раннем этапе, длительной потерей трудоспособности [4]. ИМ по статистике болеют чаще всего дети, особенно подросткового возраста, молодые люди, а в последнее время участились случаи заболевания среди взрослых людей [2, 3, 4, 5], они же указывают на зависимость клиники от возрастных особенностей, соматического статуса.

Задачей настоящей работы было изучение особенностей клиники у взрослых с определением закономерностей течения болезни в зависимости от фазы и тяжести заболевания.

Нами было изучено 124 истории болезни больных, лечившихся в базовых отделениях на протяжении 3,5 лет. По возрасту больные подразделялись на подростковую группу – 15-16 лет – 21 больной (16,8%), взрослую – 17-20 лет – 62 больных (50%), 21-30 лет – 35 больных (28%), старше 30 лет – 6 человек (5,2%). Возрастная заболеваемость соответствует данным медицинской литературы. В большинстве случаев больные поступали в клинику со следующими диагнозами: ангина – 60 больных (48,3%), ОРЗ – 30 больных (24,1%), острый вирусный гепатит – 13

больных (15%), лихорадка неясного генеза – 11 человек (8,8%), и только 15 человек (12%) были направлены с диагнозом ИМ. Такое разнообразие диагнозов свидетельствует о трудностях клинической диагностики, особенно в ранние сроки заболевания, связанных не столько с незнанием врачами данной патологии, сколько с отсутствием патогномичных признаков, присущих только ИМ. По срокам поступления в стационар они также отличались и часто определялись ранней клинической симптоматикой и тяжестью состояния. В первые 3-5 дней поступил на стационарное лечение 41 больной (33%), в основном преобладал диагноз ангины и ОРЗ. После седьмого дня поступали больные с диагнозом вирусного гепатита, к тому времени у 6 из 13 больных была умеренная желтуха. Те, кого направляли с диагнозом лихорадки, поступали, как правило, между 7 и 14 днем, между 10 и 16 днем – с диагнозом ИМ (10 человек), а 5 поступили после 3-х недель заболевания. Анамнестически установлено, что заболевание у последних протекало без серьезных субъективных ощущений и нарушения общего состояния. По тяжести течения заболевания больные распределялись следующим образом: легкое течение у 39 больных (31,4%), средней тяжести у 63 больных (50,8%) и 22 больных (17,7%) – тяжелое. Наиболее постоянным синдромом в большинстве случаев (104 больных – 88%) была лихорадка от субфебрильной (26