

анти-HCV, положительная РНК-HCV; у 23 – генотип 1в, у 5 – 1а, у 3 – 3а, у 4 – 2а. У 5 пациентов предполагается начальная фаза цирроза печени (эластография печени, гастроскопия). У 15 больных с подтвержденной репликацией вируса-возбудителя и биохимическими признаками гепатита определены показания для проведения противовирусного лечения по различным схемам комбинированного лечения: интерферон + рибавирин, пегасисс +рибавирин, рассчитанная на 24–48 нед. По независящим причинам в процессе лечения производилось изменение схем. Получен положительный эффект у 3 пациентов с генотипом 3а и 2а в возрасте 22–24 лет; достигнуто исчезновение RNA-HCV через 24 нед после начала применения. Через 6 мес результат сохраняется отрицательным. У 5 больных с генотипом 1в в возрасте 51–63 года спустя 48 нед положитель-

ного эффекта не достигнуто. Начат повторный комбинированный курс терапии. 7 пациентов в настоящее время находятся в процессе противовирусной терапии по комбинированным схемам. 20 больным с активным течением гепатита проводится гепатопротекторное лечение (урсофальк, гептрал, рибоксин эссенциале, фосфаглив т.д.) под контролем биохимических показателей. Отмечено, что больные индивидуально дают положительный ответ на тот или иной гепатопротектор и целесообразно ежемесячно проводить смену препаратов.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют об эффективности противовирусной терапии у молодых людей с генотипами 3а и 2а и отсутствие эффекта у пожилых пациентов с генотипом 1в, что требует поиска новых путей терапии данной патологии.

К вопросу о нормативных значениях уровня сывороточного ферритина для диагностики железодефицитного состояния

С.Ю. Терещенко, О.А. Пахмутова

НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН; Красноярский филиал ФГБУ Гематологический научный центр Минздравсоцразвития России; Красноярский государственный медицинский университет

Введение. Определение плазменной или сывороточной концентрации ферритина является достаточно надежным маркером для оценки запасов железа в организме и в большинстве случаев хорошо коррелирует с "золотым стандартом" – содержанием железа в костном мозге. Показано, что у здоровых лиц уровень ферритина может колебаться в весьма значительных границах – 15–200 нг/мл (мкг/л), в то же время его снижение ниже 10–15 нг/мл практически однозначно свидетельствует о дефиците железа со специфичностью 99% и чувствительностью 59%, что было показано специальными исследованиями (Guyatt G.H. et al., 1992). Задачу ранней диагностики латентного железодефицита осложняет низкая чувствительность (59%) границы разделения в 10–15 нг/мл сывороточного ферритина, что свидетельствует о том, что при скрининге большая часть пациентов с реально имеющимся железодефицитом будет пропущена. Решение проблемы было предложено А.Е. Mast et al. (1998) и К. Punnonen et al. (1997), которые предложили более высокие значения для нормального уровня сывороточного ферритина – 30 и 41 нг/мл соответственно. Оказалось, что такие уровни значительно повышают чувствительность диагностики дефицита железа (до 92 и 98% соответственно), существенно не снижая специфичность (98% для обоих исследований). В настоящее время многие зарубежные эксперты используют именно эти экспериментально проверенные уровни (30–40 нг/мл) для диагностики латентного дефицита железа у лиц без активного воспалительного процесса, в то время как в России в большинстве лабораторий используется прежняя точка разделения в 10–15 нг/мл, которая, являясь более специфичной, тем не менее, пропускает большую часть

пациентов с имеющимся железодефицитом. Особенно важно выбирать правильную точку разделения для скрининговых исследований/программ, где большую роль играет именно чувствительность метода. Цель исследования: определить нормативные значения уровня сывороточного ферритина у девочек-подростков и молодых женщин крупного промышленного центра (Красноярск).

Материалы и методы. Уровень сывороточного ферритина определен у 285 лиц в возрасте 12–24 лет, из них у 162 лиц с нормальными значениями сывороточного железа (≥ 2 ммоль/л) и гемоглобина (> 120 г/л) и отсутствием воспалительного процесса на момент исследования. Метод определения ферритина – турбидиметрический с использованием диагностических наборов фирмы "DiaSis" (Германия).

Результаты и обсуждение. Медиана уровня ферритина у лиц с нормальными значениями гемоглобина и сывороточного железа составила 36 (25–75% квартили – 20,1–54,8) нг/мл. Чувствительность и специфичность уровня ферритина для диагностики низкого уровня сывороточного железа (< 12 ммоль/л) при точке разделения 10 нг/мл составили 24 и 84% соответственно, а при точке разделения 30 нг/мл – 71 и 52% соответственно.

Заключение. Принимая во внимание результаты исследования А.Е. Mast et al. (1998) и К. Punnonen et al. (1997), а также наши данные, использование норматива нижней границы уровня сывороточного ферритина 30 нг/мл является более целесообразным для диагностики дефицита железа, поскольку значительно увеличивает чувствительность метода (с 24 до 71% для сывороточного железа) с приемлемым уровнем специфичности.

Связь гистологических признаков хронического гастрита, вызванного *Helicobacter pylori*, с анемией и обменом железа у девочек-подростков

С.Ю. Терещенко, Л.В. Лаптева

НИИ Медицинских проблем Севера СО РАМН, Красноярский филиал ФГБУ ГНЦ Минздравсоцразвития РФ, Красноярск, Красноярский государственный медицинский университет

Введение. Первые сообщения о связи инфекции *H. pylori* с дефицитом железа были основаны на описании единичных случаев успешного излечения "рефрактерной" железодефицитной анемии (ЖДА) после эрадикации бактерии. Проведенные в последующем многочисленные исследования подтвердили такую связь и в настоящее время ЖДА, не отвечающая на стандартную терапию, является показанием к тестированию наличия *H. pylori* и соответствующей эрадикации. Однако конкретные механизмы такого влияния остаются неизвестными, в частности, недостаточно изучено влияние гистологических признаков хронического гастрита на показатели обмена железа.

Материалы и методы. У 72 девочек-подростков в возрасте 12–18 лет было проведено исследование показателей обмена железа (гемоглобин, сывороточное железо и ферритин)

с одновременным гистологическим исследованием биоптатов слизистой желудка, полученных при проведении фиброгастроскопии. В биоптатах оценивалось наличие *H. pylori* и инфильтрация слизистой мононуклеарами и нейтрофилами. Анализ статистической значимости различий качественных признаков проведен с помощью критерия χ^2 . Статистическую значимость различий количественных признаков анализировали с помощью критерия Манна–Уитни (U). Результаты исследования количественных параметров в группах сравнения представлены в виде медианы и интерквартильного интервала.

Результаты и обсуждение. При разделении обследованных пациентов в зависимости от качественного показателя обеспеченности организма тканевым железом (с точкой разделения 20 мкг/л сывороточного ферритина) нами получена отчетливая статистически значимая связь обесменности