

динамика обратного развития симптомов болезни. Спустя пять дней после начала лечения нами была вновь проведена у пациентов балльная оценка степени выраженности клинических симптомов заболевания. У больных первой группы показатель степени выраженности клинических симптомов заболевания составил $(6,1 \pm 0,5)$ балла, а у больных второй группы он был достоверно выше и составил $(4,2 \pm 0,6)$ балла ($p < 0,05$). Среди симптомов заболевания в это время у пациентов отмечались: общая слабость, недомогание, насморк, затруднение носового дыхания, слизистые выделения из носа, субфебрильная температура в вечернее время, першение в горле, кашель, выделение мокроты и др.

На наш взгляд, полученные результаты исследования связаны с многогранностью действия интерферона альфа-2b при респираторных инфекциях, в том числе за счет имеющейся у него высокой противовирусной активности к различным инфекционным агентам, иммуномодулирующих свойств, благотворно влияющих на иммунный статус пациентов, в наличии противовоспалительного действия и антипролиферативном эффекте, снижающем гиперергический иммунный ответ и повреждение клеток. К достоинствам рекомбинантного интерферона альфа-2b следует отнести и такие его особенности, как безопасность

лечения, отсутствие побочных эффектов и экономичность курса терапии.

Выводы:

1. Многочисленные контакты сотрудников полиции и скопление большого количества людей во время проведения Универсиады способствуют повышению уровня заболеваемости острыми респираторными вирусными инфекциями.

2. Метео-климатические условия в г. Казани в дни проведения Универсиады, в частности, наблюдавшаяся повышенная температура воздушной среды (по сравнению с климатической нормой для данной местности) и характер служебной деятельности полицейских в этот период, могли способствовать возникновению гиперэргического иммунного ответа с повышенной заболеваемостью ОРВИ.

3. Местное применение рекомбинантного интерферона альфа-2b (гель Виферон®) позволило существенно повысить эффективность лечения ОРВИ и обеспечило более быстрое выздоровление больных и обратную динамику симптомов болезни.

4. Для снижения уровня заболеваемости сотрудников полиции респираторными вирусными инфекциями в период нахождения в командировках, целесообразно проведение им профилактических мероприятий по ОРВИ (интерферонотерапия) до отъезда в командировку.

002. КЛИНИЧЕСКИЕ И ГЕМОСТАЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ГЕПАТИТАМИ И ЦИРРОЗАМИ ПЕЧЕНИ

А.Р. БИЛАЛОВА, В.В. МАКАШОВА, О.С. АСТРИНА, Н.И. АЛЕШИНА, А.И. ФЛОРЯНУ

ФБУН «Центральный НИИ эпидемиологии», Инфекционная клиническая больница № 2, Москва, Россия

Цель работы — провести сравнительную клиничко-лабораторную характеристику больных **хроническим гепатитом С (ХГС), хроническим алкогольным гепатитом (ХАГ), хроническими микст-гепатитами (МГ) ХГС+ХАГ и циррозом печени (ЦП) в исходе этих гепатитов.**

Материал и методы. Обследовано 115 больных, преобладали мужчины (77,4%), средний возраст составил $(41,4 \pm 5,7)$ года. По этиологии больные разделились следующим образом: 38 пациентов с ХГС, 20 пациентов с ХГ Г и 26 — с ХГС на фоне ХАГ, т.е. микст-гепатиты (МГ). Цирроз печени (ЦП) в стадии декомпенсации регистрировался у 31 больного, из них у 4 (12,9%) человек — в исходе ХГС, у 7 (22,6%) — на фоне ХАГ и у 20 (64,5%) человек — МГ.

Клинические методы включали сбор анамнестических данных, объективное обследование, лабораторные исследования: биохимический анализ крови (билирубин общий/прямой, АЛТ, АСТ, ГГТ, ЩФ, холестерин); исследование системы гемостаза [агрегация тромбоцитов (АТ) методом Борна, агрегация эритроцитов (АЭ) по оригинальной методике Ю.А. Шереметьева (патент № 2027188 от 20.01.1995 г.), суммарная концентрация нитратов и нитритов методом Грисса с применением кадмиевого редутора, фактор Виллебранда]; ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Для контроля обследовано 20 здоровых лиц.

Результаты. Выявлено, что слабость регистрировалась у всех 100% больных ХАГ, МГ, ЦП различ-

ной этиологии, а при ХГС — только в 24% случаев, аналогично такие симптомы, как снижение аппетита, диспепсия, боли в области правого подреберья, вторичные печеночные знаки, достоверно реже наблюдались у пациентов с ХГС. Длительность слабости, головной боли, желтухи была значимо больше при МГ, ЦП в исходе МГ и ХАГ. Уровень билирубина, активность основных печеночных ферментов были достоверно выше при ХАГ и МГ, чем при ХГС. Показано, что у всех пациентов АТ была достоверно ниже показателей здоровых лиц почти в 2 раза, при этом наиболее низкие показатели амплитуды АТ регистрировались у больных ХАГ и ЦП в исходе ХАГ, а при ХГС АТ отмечалась значимо выше по сравнению с ХАГ и МГ. Уровень АЭ определялся достоверно ниже нормы у всех больных независимо от этиологии, самые низкие показатели наблюдались у больных ХАГ и ЦП в исходе ХАГ. Показатели ФВ наблюдались в 2—3 раза выше нормы у всех больных, при этом уровень ФВ значимо выше регистрировался у больных ЦП различной этиологии в сравнении с больными МГ, ХАГ, ХГС.

Заключение. Клиническая симптоматика гепатита была наиболее выражена у больных МГ и ЦП в исходе МГ, ХАГ. Биохимические показатели при ХАГ и МГ регистрировались достоверно выше, чем при ХГС. Наиболее выраженные нарушения в системе гемостаза отмечались у больных ХАГ, ЦП в исходе ХАГ и МГ.