

6. Коровкина Е.С., Курбачева О.М., Ильина Н.И. Стандартные подходы к диагностике и лечению аллергического ринита // Российский аллергологический журнал. — 2005. — № 3. — С. 21–26.

7. Лопатин А.С., Гуцин И.С., Емельянов А.В. и др. Клинические рекомендации по диагностике и лечению аллергического ринита // Consilium Medicum. — 2001 (Приложение). — С. 33–34.

8. Лусс Л.В. Аллергия — болезнь цивилизации: эпидемиология, факторы риска, этиология, классификация, механизмы развития // Consilium Medicum. — 2002. — Т.4. — № 4. — С.3–13.

9. Отчет о международном Консенсусе по диагностике и лечению ринита // Росс. ринол. — 1996. — № 4. — С. 1–47.

10. Федосеев Г.Б., Вишняков Н.И., Зибрина Т.М., Левая В.И. Поллинозы в крупном городе (социально-гигиенические аспекты проблемы). // Иммунология. — 1984. — № 4. — С. 5–7.

11. Lewis S., Butland B., Strachan D. et al. Study of

the etiology of wheezing illness at age 16 in two national British birth cohorts // Thora. — 1996. — Vol. 51, № 7. — P. 670–676.

Поступила 09.01.08.

THE PREVALENCE AND ETIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE ALLERGIC RHINITIS IN THE PENZA REGION

M.V. Manzhos, T.M. Zheltikova, E.S. Fedenko, S.A. Shkadov, V.A. Batanova

Summary

It is shown that in the etiological structure among children of the town and village, as well as amongst rural adult population, prevail year-round forms of allergic rhinitis, caused mainly by sensitization to house dust mites. The dominance of seasonal forms of allergic rhinitis is characteristic for the adult population of the cities.

УДК 616.988:022. 151:616.61-008.6 — 07 (470.57)

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ В ЭНДЕМИЧНОМ РЕГИОНЕ

Гузель Ахметовна Мухетдинова, Раиса Мугатасимовна Фазлыева,
Венера Хасановна Мустафина

Кафедра факультетской терапии (зав. — проф. Р.М. Фазлыева) Башкирского государственного
медицинского университета, e-mail: gmukhetdinova@yandex.ru

Реферат

Проанализированы особенности течения и диагностики геморрагической лихорадки с почечным синдромом в Республике Башкортостан на современном этапе. Основными патогномичными синдромами геморрагической лихорадки с почечным синдромом являются лихорадка, поражение почек, тромбоцитопения. У части больных имеется вовлечение в патологический процесс органов дыхания, что необходимо учитывать в комплексе лечебно-диагностических мероприятий.

Ключевые слова: геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, клиника, диагностика.

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) — острое вирусное заболевание зоонозной природы, характеризующееся системным поражением мелких сосудов, геморрагическим диатезом, гемодинамическими расстройствами и своеобразным поражением почек (интерстициальный нефрит с развитием почечной недостаточности). Республика Башкортостан (РБ) является одним из основных эндемичных очагов ГЛПС. На

республику приходится около половины всех случаев заболевания в России. Заболеваемость в республике в 2004–2006 гг. составляла соответственно 64,5 — 56,7 — 71,6 на 100 тысяч населения. В свою очередь, заболеваемость ГЛПС в г.Уфе варьировала от 50 до 60% от таковой в республике. Основной контингент заболевших госпитализируют в инфекционную больницу, в то же время часть больных с предварительным диагнозом ГЛПС или с другими диагнозами направляют в терапевтические отделения многопрофильных стационаров.

Цель настоящей работы — анализ современных особенностей течения и диагностики ГЛПС.

Проведен ретроспективный анализ медицинских карт больных ГЛПС за 2004–2006 г., находившихся на лечении в терапевтических отделениях г.Уфы. Методом случайной выборки отобраны и проанализированы 183 медицинские карты пациентов с подтвержденным се-

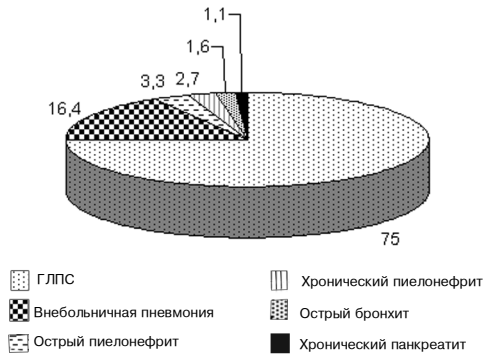


Диаграмма первичного клинического диагноза у больных ГЛПС (%).

рологическим методом (МФА) диагнозом ГЛПС. Мужчин было 130 (71%), женщин — 53 (29%). Возраст заболевших колебался от 17 до 70 лет. Лица трудоспособного возраста составляли 76%. Инфицирование чаще происходит при кратковременных посещениях леса — во время прогулок, сбора ягод, грибов (35%), около 22% — при работе в коллективных садах, 12,5% — во время рыбной ловли, около 7% — при заготовке дров. Большинство заболевших (около 70%) поступали в стационар на 3–5-е сутки от начала заболевания, 25% — на 6–10-е и около 5% — позже.

В начальном периоде заболевание характеризуется значительным разнообразием клинических синдромов, но основным и наиболее ранним является общетоксический синдром, который встречается при многих острых воспалительных заболеваниях, что и обуславливает трудности диагностики. Несмотря на наличие специфических лабораторных методик, клиническая диагностика, особенно на ранних этапах, сохраняет ведущее значение. Правильный первичный диагноз при ГЛПС чрезвычайно важен, так как он определяет дальнейшую врачебную тактику, а в ряде случаев и исход болезни. По нашим данным, диагноз при поступлении (первичный клинический диагноз) ГЛПС совпал с заключительным клиническим диагнозом в 75% случаев. Для сравнения: по данным Е.А.Ткаченко и др. [2], проводивших исследование в центральных областях европейской части России, этот показатель составил лишь 35,6%. Высокий уровень диагностики объясняется тем, что врачи в РБ хорошо знакомы с краевой патологией и проявляют разумную настороженность при постанов-

ке диагноза. Однако в каждом четвертом случае первичный диагноз отличался от заключительного клинического диагноза (см. рис.).

Как видно из рисунка, наибольшие трудности в дифференциальной диагностике ГЛПС на ранних этапах представляла внебольничная пневмония. В то же время после проведенного полного клинического и серологического обследований сопутствующий диагноз «внебольничная пневмония» был выставлен у 11% пациентов с ГЛПС. Этот факт интересен тем, что на сегодняшний день известны две клинические формы хантавирусной инфекции: ГЛПС, возбудителем которой являются вирусы Хантаан, Пуумала (серотип Пуумала признан ведущим в РБ), Сеул и Добrava и хантавирусный пульмональный синдром (ХПС), регистрируемый с 1993 г. в странах Северной и Южной Америки, вызываемый хантавирусами Син-Номбре, Нью-Йорк и др. В отличие от ГЛПС, в клинической картине ХПС доминирует поражение легких (интерстициальная пневмония), сопровождающаяся, как правило, тяжелым течением болезни, заканчивающимся в 40–50% случаев летальным исходом. Вместе с тем в последнее время в литературе появились единичные сообщения о том, что серотип Пуумала также может вызывать поражение легких [4].

В зависимости от тяжести заболевания пациенты были распределены следующим образом: ГЛПС легкой степени был установлен у 24,6%, средней — у 58,5%, тяжелой — у 16,9%. При поступлении больные жаловались на лихорадку (100%), головные боли (98%), боли в поясничной области (84%), изменение цвета мочи (82%), нарушение зрения (56%), тошноту (58%), рвоту (42%), кашель, преимущественно сухой (18%), одышку (9%). При первичном осмотре больных состояние оценивалось как тяжелое у 18%, средней степени — у остальных. Инъецированность сосудов склер наблюдалась у 57,4% пациентов. Тахипноэ имело место у 9,4% больных ГЛПС. При аускультации легких жесткое дыхание констатировано у 6% пациентов, ослабленное везикулярное дыхание — у 13,5%, влажные мелкопузырчатые хрипы — у 11%. Со стороны сердечно-сосудистой системы при первичном осмотре тахикар-

дия установлена у 36,6% больных, брадикардия — у 19,1%, снижение АД — у 17%, повышение АД — у 8,7%. При пальпации живота болезненность отмечена у 26,2% пациентов, гепатомегалия — у 9,2%.

При поступлении больных лейкоцитоз, в отличие от данных других авторов [1], встречался в небольшом проценте случаев — в 10,5%. Значительно чаще наблюдалось увеличение числа палочкоядерных нейтрофилов (сдвиг влево) при нормальном количестве лейкоцитов, что характерно для вирусных инфекций. У 60% пациентов отмечалось появление плазматических клеток. Показатели красной крови были в пределах нормы у 96%, и лишь у тяжелых пациентов с клинически выраженным синдромом ДВС была анемия. Как известно, тромбоцитопения является патогномоничным признаком ГЛПС. По результатам нашего анализа, тромбоцитопения различной выраженности в зависимости от тяжести заболевания наблюдалась у 94% пациентов.

Общий анализ мочи показал протеинурию в 100% случаев, которая в начале заболевания и при легкой степени была незначительной, в процессе развития заболевания нарастала и перед выпиской из стационара, как правило, не определялась. Помимо протеинурии наблюдались гематурия (96,8%), незначительная лейкоцитурия (15,3%), цилиндрурия (96%), клетки Дунаевского (13,7%).

Метод ЭКГ-диагностики не относится к специфичным для ГЛПС. Вместе с тем в ряде исследований описаны определенные изменения, выявляемые на ЭКГ у больных ГЛПС [5]. Наиболее характерна синусовая брадикардия, особенно в периоде олигоурии. По результатам нашего анализа, при поступлении в стационар у больных ГЛПС наблюдались следующие изменения ЭКГ: синусовая тахикардия (26,1%), синусовая брадикардия (10,8%), мерцательная аритмия (1,6%), миграция водителя ритма по предсердиям (1,1%), блокада правой ножки пучка Гиса (7,7%), АВ-блокада 1 степени (1,1%), экстрасистолия (4,9%), перегрузка правых отделов сердца (18,5%), гипертрофия левого желудочка (10,9%), неспецифические нарушения процессов реполяризации (20,9%).

Весьма информативным для постановки диагноза ГЛПС является метод УЗИ

почек. Он позволяет выявить увеличение объема почек, наличие жидкости в брюшной и плевральных полостях, своевременно обнаружить надрывы капсулы почек. По нашим данным, лишь у 22% пациентов (все из группы с легкой степенью тяжести) размеры почек были в пределах нормы.

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки (ОГК) было проведено у 82,5% больных ГЛПС. Из них у 39,7% состояние ОГК расценено как норма. Усиление легочного рисунка (за счет сосудистого компонента) отмечалось у 42,4% обследованных, инфильтрация легочной ткани — у 15,3%, при этом билатеральная — у 10,6%, односторонняя — у 4,7%. У 8,2% больных ГЛПС имелся плевральный выпот. Клинические проявления поражения легких, согласно проведенному анализу и данным [3], определялись несколько реже, чем рентгенологические. Возможно, это объясняется недостаточным вниманием врачей к органам дыхания при данной патологии. В группе больных ГЛПС легкой степени усиление легочного рисунка наблюдалось у 26,7% пациентов; среди больных со средней степенью усиление легочного рисунка было у 38,3%, инфильтрация легочной ткани — у 13,1%, среди больных ГЛПС тяжелой степени — то же соответственно у 35,5% и 19,4%.

ВЫВОДЫ

1. В большинстве случаев диагноз ГЛПС был выставлен правильно и своевременно.
2. Основными патогномоничными синдромами ГЛПС являются лихорадка, поражение почек, тромбоцитопения.
3. У части больных имеется вовлечение в патологический процесс органов дыхания, что необходимо учитывать в комплексе лечебно-диагностических мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Морозов В.Г., Ткаченко Е.А., Рошупкин В.И. и др. Сравнительная клинко-лабораторная характеристика геморрагической лихорадки с почечным синдромом, вызываемой хантавирусами Пуумала и Добrava / Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом: история изучения и современное состояние эпидемиологии, патогенеза, диагностики, лечения и профилактики. / Материалы Всероссийской ФГУП «НПО «Микроген» МЗ и СР РФ, 2006. — С.98-102.

2. Ткаченко Е.А., Бернштейн А.Д., Дзагурова и др. Сравнительный анализ эпидемических вспышек геморрагической лихорадки с почечным синдромом, вызванных вирусами Пуумала и Добrava/Белград // Эпидемиол. и вакцинопроф. – 2005. – № 4. – С. 28–34.

3. Трусев В.В., Мосеев Д.С., Липатников С.А., Кустарников Т.К. Клинические и диагностические особенности течения геморрагической лихорадки с почечным синдромом в Удмуртской Республике // Казанский мед. ж. – 2004. – № 2. – С. 110–114.

4. Keyaerts E., Ghijssels E., Lemey Ph. et al. Plasma exchange-associated immunoglobulin m-negative hantavirus disease after a camping holiday in southern france // Clin. Infect. Dis. – 2004. – Vol.38. – P.1350–1356.

5. Puljiz I., Kuzman I., Markotic A. et al. Electrocardiographic changes in patients with haemorrhagic fever with renal syndrome // Scand. J. Infect. Dis. – 2005. – Vol.37. – P.594–598.

Поступила 11.12.07.

УДК 616.36-002.2-07-08

ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО ОТВЕТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ HCV-ИНФЕКЦИЕЙ

Лариса Леонидовна Попова

Кафедра инфекционных болезней с эпидемиологией (зав. – проф. А.А. Суздальцев)
Самарского государственного медицинского университета, e-mail: samalara@rol.ru

Реферат

Уточнен характер изменений иммунного статуса у больных с рецидивирующим течением HCV-инфекции. Выявленные изменения иммунного статуса отражают дисбаланс иммунной системы, который сопровождается HCV-инфекцией, зависит от ее фазы, требует иммунологического мониторинга и соответствующей иммунокоррекции.

Ключевые слова: HCV-инфекция, иммунный статус, дисбаланс.

Современные концепции иммунопатогенеза HCV-инфекции характеризуются противоречивостью данных о вкладе различных факторов иммунной защиты в течение вирусного гепатита С [1, 2, 3]. Доказана возможность внепеченочной репликации вируса в иммунокомпетентных клетках, которые становятся резервуаром HCV-инфекции, источником реинфицирования гепатоцитов и причиной развития стойкой иммунной недостаточности [4, 5, 8]. Известно, что именно характер иммунологического реагирования макроорганизма определяет сценарий развития событий при HCV-инфекции [9, 10].

Цель работы: уточнить характер изменений основных параметров иммунного статуса, возникающих у больных хроническим

CLINICAL, DIAGNOSTIC FEATURES OF THE HEMORRHAGIC FEVER WITH RENAL SYNDROME IN AN ENDEMIC REGION

G.A. Muhetdinova, R.M. Fazlyeva, V.H. Mustafina

Summary

Analyzed were the peculiarities of the course and diagnosis of the hemorrhagic fever with renal syndrome in Republic of Bashkortostan at the present stage. The main pathognomonic syndromes of the hemorrhagic fever with renal syndrome are fever, kidney disorders, thrombocytopenia. In some of the patients involvement of the respiratory system into the pathological processes is seen, which must be taken into account in the complex of diagnostic and treatment activities.

ческим гепатитом С после проведенной противовирусной терапии.

Под наблюдением находились 46 пациентов (мужчин – 58%, женщин – 42%) с хроническим гепатитом С (ХГС) в возрасте от 19 до 42 лет (средний возраст $31 \pm 3,7$ года). Вероятный срок инфицирования у больных составлял 2 – 12 лет (до 5 лет – 62%, от 5 до 10 – 31%, более 10 – 7%). По данным ПЦР преобладал 1 генотип HCV (53%), в остальных случаях – другие генотипы или РНК HCV не типировалась. Диагноз ХГС был поставлен на основании клинико-эпидемиологических, биохимических (параметры цитолиза, мезенхимального воспаления, холестаза), серологических (определение АТ HCV в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа), молекулярно-биологических (определение в сыворотке крови РНК HCV методом полимеразной цепной реакции) данных.

Исследовали функциональные пробы печени: тимоловую пробу, концентрацию билирубина, активности аланин-аминотрансферазы (АлАТ), гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТП), щелочной фосфатазы, содержание β -липопротеи-