На УЗИ органов брюшной полости от 28.03.05 г. были выявлены реактивный гепатит, спленомегалия, размеры лимфоузлов в гепатодуоденальной связке достигали в диаметре 13 мм.

Проведенное клинико-лабораторное обследование свидетельствовало о септическом течении инфекционного процесса, что потребовало проведения специфической диагностики ряда заболеваний, в том числе тифо-паратифозной группы, малярии, септического эндокардита и сепсиса. Кроме того, больной был протестирован на бруцеллез в двух лабораториях. РПГА с эритроцитарным бруцеллезным диагностикомом положительна в титре 1:640, пластинчатая реакция агглютинации Хеддлсона резко положительная, реакция агглютинации Райта от 28.03.05 г. в одном случае была положительной в титре 1:50, в другом от 30.03.05 г. – в титре 1:400. Реакция связывания компонента Кумбса положительная в разведении 1:200. Обследование на другие инфекции дало отрицательный результат.

По клинико-лабораторным данным был поставлен диагноз – острый бруцеллез, течение средней тяжести.

Больному была проведена антибактериальная терапия цефтриаксоном по 2,0 г в сутки в комбинации с гентамицином по 160 мг в сутки в течение 10 дней парентерально, далее офлоксацином по 0,2 г 2 раза в день в комбинации с доксициклином по 0,1 г 2 раза в день течение 7 дней подряд внутрь. Патогенетическая терапия включала инфузионную дезинтоксикационную терапию, нестероидные противовоспалительные препараты, витамины, гепатопротекторы.

За время наблюдения в стационаре у больного продолжалась лихорадка с подъемами температуры после обеда до 39°C и снижением её до нормальных цифр к утру после приема антипиретиков или самостоятельно до 29.03.05 г. К этому времени сократились размеры печени и селезенки, исчезли патологические изменения в легких и сердце.

12.04.05 г. больной был выписан в удовлетворительном состоянии.

В дальнейшем в периоде диспансерного наблюдения больной принимал офлоксацин и доксициклин общей продолжительностью 3 недели. Повторное тестирование 31.05.05 г. на бруцеллез через 2 месяца выявило снижение напряженности иммунитета. В РПГА с эритроцитарным бруцеллезным диагностикомом обнаружился антитела в титре 1:80, в реакции агглютинации Райта 1:100; пластинчатая реакция агглютинации Хеддлсона была положительной.

Таким образом, инкубационный период заболевания больного А. составил 28 дней. Данный клинический случай наглядно продемонстрировал отсутствие у врачей осторожности в отношении возможности завоза бруцеллеза из-за рубежа и небрежность при сборе эпидемиологического анамнеза у иностранного гражданина при въезде его на территорию РФ. Также были установлены различия в

титрах противобруцеллезных антител, выявленных в реакции агглютинации Райта в разных лабораториях на одинаковых сроках заболевания, что потребовало введение верифицирующих поправок при оценке их результатов.

УДК 616.36 – 002.2 – 022.7 : 578.891] – 07

Д.Т. Бешимова (Казань). Клинико-лабораторные параметры НВеАg-негативного гепатита В при естественном течении

Цель настоящего исследования – выяснение особенностей течения НВеАg-негативного ХВГВ, а также возможных осложнений и исходов.

Под наблюдением находились 203 пациента (мужчин – 72, женщин – 131) с НВеАg-негативным ХВГВ, находившихся на диспансерном учете в гепатологическом кабинете Республиканской клинической инфекционной больницы г. Казани с 2000 по 2007 г. и в кабинете инфекционных заболеваний поликлиники г. Альметьевска в 1996–2007 гг. Дополнительно анализировались их амбулаторные карты. Возраст больных варьировал от 18 до 77 лет (средний возраст – 39,1 года). По предполагаемым срокам инфицирования пациенты были подразделены на 3 группы: 1-я (до 5 лет) – 32 (15,8%), 2-я (от 5 до 10 лет) – 107 (52,7%) и 3-я (более 10 лет) – 64 (31,5%). За указанные сроки пациенты обследовались неоднократно.

Для постановки диагноза ХВГВ и оценки функционального состояния печени применялся комплекс клинико-эпидемиологических и лабораторно-инструментальных исследований, включающих биохимические и серологические методы. У всех пациентов имело место наличие НВеАg(-)/anti-НВе(+), маркеры вирусного гепатита D не выявлялись.

Определение ДНК-НВV осуществлялось с помощью полимеразноцепной реакции (ПЦР) в полуколичественном варианте. В работе было принято исходя из титра реакции условное деление на степени вирусной нагрузки: низкая (1:1, 1:10), умеренная (1:100), высокая (1:1 000-1:10 000 и более). Морфологическое исследование проводилось по биоптатам печени 12 больных с вычислением индекса гистологической активности (ИГА) по балльной системе Knodell и степени фиброза.

В анамнезе у подавляющего большинства больных НВsAg выявлялся случайно – при сдаче крови в качестве доноров, обследовании у специалистов по другим заболеваниям и т.д., поэтому сроки инфицирования даны предположительно. Обращало на себя внимание, что при клиническом обследовании у 39,7% пациентов отсутствовали жалобы и другие клинические проявления болезни. Остальные больные жаловались на слабость и быструю утомляемость (22%), тяжесть или боли в правом подреберье (41,2%). Из жалоб "внепеченочного" характера, отражающих, как правило, аутоиммунные проявления

болезни, имели место боли в суставах (31,4%), мышечная слабость (22,2%), сухость кожи (22,7%). Из объективных данных: у 32,7% лиц выявлялись единичные телеангиэктазии, у 18,6% – пальмарная эритема легкой степени. По данным УЗИ, чаще всего наблюдались умеренная или незначительная гепатомегалия (84,7%), реже спленомегалия (21,6%).

Больные по вариантам течения болезни были подразделены на 2 группы. В 1-ю группу с наименьшей активностью инфекционного процесса (нерепликативная фаза) вошли 96 пациентов с интеграцией ДНК-ВГВ, т.е. отсутствием вируса в крови или волнообразным характером его появления. При этом у 13 (6,4%) больных при неоднократном обследовании ДНК-ВГВ в крови не определялся. У 107 пациентов 2-й группы отмечалась низкая вирусемия с титром 1:1 или 1:10. За время наблюдения у 30 (14,8%) пациентов наблюдалось эпизодически возрастание вирусемии до средних и высоких цифр, что указывало на нестабильность инфекционного процесса и возможную его активацию и прогрессирование. Наибольшее значение в оценке активности при ХВГВ придают исследованию сывороточных аминоксифераз, повышение активности которых является наиболее частым и нередко при отсутствии жалоб единственным признаком воспаления печени. По нашим данным (по уровню сывороточных трансаминаз), разницы между группами не обнаружено. Это не удивительно, так как даже самый чувствительный из этих показателей АЛТ, отражающий воспаление в печени, не совпадает с активностью инфекционного процесса. Этот показатель играет роль только в том случае, если он повышен до 3–5 норм и более. Известно, что при выраженном воспалительно-некротическом процессе в печени АЛТ долгое время, благодаря компенсаторным способностям этого органа, может оставаться в норме. При НВсAg-отрицательном гепатите В активность АЛТ, как правило, редко превышает 5N. У 54 (26,6%) из 203 больных активность АЛТ не превышала нормы, у остальных 149 она была немного увеличена до 1,5–2N (в среднем до $26,2 \pm 8,4$ мккат/л при норме до 15 мккат/л).

Анализ средних величин аминоксифераз показал тенденцию к повышению в зависимости от длительности заражения. Так, в группе инфицирования до 5 лет активность АЛТ не превышала 23,9 мккат/л, от 5 до 10 лет – 28,1, старше 10 лет – 31,4.

Уровень общего билирубина был в пределах нормы у 147 (72,4%) пациентов, транзиторная гипербилирубинемия не более 1,5N наблюдалась у 27,4%.

У 12 больных на разных сроках течения болезни была проведена биопсия печени: у 6 – на сроке до 5 лет от предполагаемого срока инфицирования, у 4 – от 5 до 10 лет, у 3 – более 10 лет. Мы не выявили существенных особенностей в зависимости от длительности заболевания. Вероятно, это связано с небольшим числом больных. В целом, результаты мор-

фологического исследования показали, что, несмотря на неактивное, казалось бы, течение заболевания, ИГА в пределах нормы был только у 8,3% пациентов. У подавляющего большинства больных (91,7%) определялись признаки слабо и умеренно выраженного хронического гепатита. Наличие фиброза печени в 1 балл выявлено у 1/3 (33,3%) пациентов.

Длительная персистенция НВВ-инфекции рассматривается как наиболее важный этиологический фактор развития гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК). В настоящее время установлено, что большинство случаев ГЦК (80%) связано с хроническим вирусным гепатитом В, и у части больных опухоль развивается в отсутствие цирроза, в том числе при минимальных изменениях печени.

Клиническими примерами могут служить двое больных ХВГВ старше 50 лет.

1. А., 1949 года рождения, пенсионерка. НВсAg у больной был впервые обнаружен 06.09.04 г. случайно, при стационарном лечении по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки осложненной кровотечением. Срок инфицирования неизвестен. Женщина приехала из Узбекистана (гиперэндемичный район по вирусному гепатиту В и D) в апреле 2004 г. и была поставлена на диспансерный учет в кабинете инфекционных заболеваний г. Альметьевска. За время диспансерного наблюдения она ни на что не жаловалась. Лабораторные анализы показали на фоне положительного НВсAg повышение активности АЛТ до 3,5N, АСТ до 2N, тимоловой пробы до 1,5N. Общий анализ крови выявил выраженную тромбоцитопению до $70 \cdot 10^9$ /л при относительно благоприятных других показателях. Больная периодически получала гепатопротекторы, нормализации биохимических анализов не наблюдалось.

При первом УЗИ обследовании в феврале 2006 г. (через 2 года диспансеризации) у нее обнаружилось объемное образование, для уточнения диагноза она была направлена на компьютерную томографию (КТ). На КТ от 13.02.06 г. – объемное образование в печени диаметром 67 мм, консультирована онкологами, от предложенного оперативного вмешательства отказалась. От 26.06.06 г. (через 4 мес) опухоль в диаметре достигла 167,5 мм, вновь направлена к онкологам: проведена операция. Больная умерла в раннем послеоперационном периоде.

Поздняя диагностика опухоли была связана с недостаточным обследованием в периоде диспансеризации: не проверялась кровь на НВВ-ДНК, НВсAg, наличие антител к вирусу гепатита D, уровень альфа-фетопротейна (АФП), а главное, проведено позднее исследование УЗИ гепатобилиарной зоны.

2. Р., 1955 года рождения, пенсионерка. Впервые НВсAg был обнаружен у нее в мае 2004 г. случайно, при обследовании по поводу слабости, болей в области печени, похудания на 4 кг, болей в суставах, отеков на ногах, подъема температуры до субфебрильных цифр. Срок инфицирования неизвестен. Больная была поставлена на диспансерный учет в 2005 г.

Лабораторные анализы от декабря 2005 г.: высокая вирусемия (ДНК-ВГВ 1:10 000), отсутствие HBeAg, anti-HDV; положительная реакция на anti-HBe, АФП – 24,7 мЕ/мл (норма – до 15 мЕ/мл). Была направлена к онкологам с подозрением на опухоль в цирротически измененной печени, однако данное подозрение инфекционистов было отвергнуто.

При повторном обследовании через один год и 2 месяца высокая вирусемия сохранялась, HBeAg(-), anti-HBe(+), уровень АФП увеличился до 65,8 мЕ/мл, Объективно: множественные телеангиоэктазии, выраженная пальмарная эритема, асцит, отеки на ногах. Диагноз: цирроз печени в исходе HBV-инфекции в стадии декомпенсации (класс С по Чайлд–Пью; портальная гипертензия; асцит; ГЦК(?)).

Больная была повторно направлена к онкологам – диагноз подтвердился. В марте 2007 г. женщина умерла.

Особенностью HBeAg-негативного ХВГВ у данной больной является клинически малосимптомное, длительное течение болезни, которое не побудило ее вовремя обратиться к врачу. Вследствие этого диагноз был поставлен на стадии цирроза печени, осложнившегося развитием опухолевого процесса. Позднее обращение пациентов за медицинской помощью уже на стадии цирроза печени не является редкостью при ХВГВ.

Таким образом, HBeAg-негативный гепатит отличается неактивным течением болезни, отсутствием жалоб в течение длительного времени (по нашим данным, почти у 40% больных), скудностью лабораторных изменений (низкая вирусемия или ее отсутствие, незначительная патология функциональных проб печени и т.д.). Полученные результаты исследования подтвердили данные других авторов о зависимости формирования HBeAg-негативного гепатита от длительности болезни. Так, у 171 (84,2%) пациента эта клиническая форма наблюдалась на сроках 5–10 и более лет. Однако у 16% эта форма болезни имела место на ранних сроках заражения (до 5 лет). Несмотря на отсутствие активности заболевания, результаты биопсии печени показали у 91,7% больных признаки слабо и умеренно выраженного хронического гепатита, а у 33,3% фиброз в 1 балл.

У пациентов на любом этапе болезни сохраняется возможность активизации инфекционного процесса (по нашим наблюдениям, около 15% больных) с нарастанием вирусемии со всеми характерными последствиями, и при этом не исключается прогрессирование заболевания вплоть до развития цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы. В этом плане HBeAg-негативный гепатит сохраняет особенности любого хронического вирусного гепатита: клинические симптомы обычно "запаздывают" и проявляются позднее, чем изменения лабораторных показателей, в том числе морфологических.

ВЫВОДЫ

1. HBeAg-негативный ХВГВ, несмотря на малоактивное клинико-лабораторное течение, в ряде слу-

чаев вызывает реактивацию инфекционного процесса и приводит к таким грозным последствиям, как цирроз печени и гепатоцеллюлярная карцинома.

2. Формирование HBeAg-отрицательного ХВГВ у взрослых больных может происходить уже на ранних сроках инфицирования.

3. Больные с HBeAg-негативным ХВГВ нуждаются в постоянном диспансерном наблюдении и динамическом контроле лабораторных анализов, особенно у лиц после 40 лет (ПЦР-диагностика, определение маркеров HDV-инфекции, функциональные пробы печени, АФП и др.).

УДК 616.08 : 578.826.61 – 022.363 : 618.63

Л.В. Ставропольская (Казань). Социально-гигиенические характеристики ВИЧ-позитивных матерей

Республика Татарстан по пораженности ВИЧ-инфекцией занимает 24-е место среди регионов Российской Федерации и 5-е место в Приволжском Федеральном округе (по данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом МЗ РФ). На 01.01.2007 г. в Республике Татарстан был зарегистрирован 8661 случай ВИЧ-инфекции (показатель распространенности на 100 тыс. населения – 226,1). В последние несколько лет заболеваемость ВИЧ-инфекцией в республике стабилизировалась. Ежегодно выявляется от 700 до 800 новых случаев ВИЧ-инфекции. Как социально-значимое заболевание ВИЧ-инфекция на сегодняшний день затронула все социальные слои и все возрастные группы населения.

Более 90% ВИЧ-инфицированных лиц находятся в возрастной категории от 15 до 40 лет (репродуктивный возраст). С ростом гетеросексуального пути в эпидемиологический процесс все больше вовлекаются женщины. В последние несколько лет среди вновь выявленных случаев доля женщин достигает почти 50%, причем 90% из них фертильного возраста. Как следствие ежегодно растет число детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, в частности в Республике Татарстан ежегодно рождается более 100 таких детей.

На 01.01.2007 г. ВИЧ-инфицированными матерями были рождены 566 детей – у 40 из них диагностирована ВИЧ-инфекция. 336 детей были сняты с учета в связи с отсутствием ВИЧ-инфекции. 175 детей состоят на диспансерном учете по поводу перинатального контакта по ВИЧ-инфекции.

Целью настоящего исследования являлось изучение специфических социально-гигиенических характеристик ВИЧ-инфицированных матерей. Нами проведен анализ социально-гигиенических характеристик у 278 ВИЧ-инфицированных женщин, которые за период 2000–2005 гг. стали матерями. Возрастная структура: 14–17 лет – 16 (5,5%), 18–29 лет – 248 (89%), 30–39 лет – 14 (5%). Среди ВИЧ-инфици-