

2. Глозман, В. Н. Вросшие ногти и их лечение / В. Н. Глозман // Вестник дерматологии и венерологии. – 1970. – № 2. – С. 72–76.
3. Деомидов, В. А. Вросший ноготь / В. А. Деомидов, Т. И. Деомидова // Медсестра. – 1979. – № 5. – С. 55.
4. Иванов, А. А. Удаление ногтевого ложа при вросшем ногте с выкраиванием кожного лоскута / А. А. Иванов // Советская хирургия – 1931. – Т. 1. – С. 158–160.
5. Ларин, В. Ф. Сравнительная оценка методов лечения вросшего ногтя / В. Ф. Ларин // Вестник хирургии. – 1974. – № 11. – С. 115–118.
6. Линьков, В. С. О лечении вросшего ногтя / В. С. Линьков // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 1969. – Т. 103, № 7. – С. 120.
7. Машин, В. В. Радикальное удаление вросшего ногтя с пластическим закрытием раневого дефекта / В. В. Машин // Хирургия. – 1954. – № 10. – С. 72–73.
8. Мелешевич, М. В. Этиопатогенетические основы хирургического лечения вросшего ногтя: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М. В. Мелешевич. – Минск, 1985. – 24 с.
9. Микусев, И. Е. Пластическая операция при вросшем ногте / И. Е. Микусев // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 1995. – Т. 154, № 3. – С. 111.
10. Мокшанов, И. Я. Этиопатогенез вросшего ногтя и его лечение / И. Я. Мокшанов, М. В. Мелешевич // Клиническая хирургия. – 1973. – № 4. – С. 57–60.
11. Синдаловская, Р. Г. Радикальная операция при вросшем ногте в условиях поликлиники / Р. Г. Синдаловская // Материалы Всероссийской конференции хирургов (Казань, 11 апреля 1954 г.) / – М., 1954. – С. 166.
12. Чашников, А. А. Хирургическое лечение вросшего ногтя : автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. А. Чашников. – Куйбышев, 1956. – 32 с.
13. Шмиден, В. Курс хирургических операций / В. Шмиден, А. Фишер; пер. с нем. – М. : Медгиз, 1931. – 543 с.
14. Bartlett, R. W. A conservative operation for the cure of so called ingrowing toe-nail / R. W. Bartlett // J. Am. Med. Ass. – 1937. – Vol. 108/15. – P. 1257–1258.
15. Hughes, J. The importance of the toes in walking / J. Hughes, P. Clark, L. Klenerman // J. Bone Joint Surg. Br. – 1990. – Vol. 72 (2). – P. 245–251.
16. Rothermel, E. Carbon dioxide laser use for certain diseases of the toenails / E. Rothermel, D. B. Apfelberg // Clin. Podiatr. Med. Surg. – 1987. – Vol. 4 (4). – P. 809–821.

Сабельников Олег Николаевич, врач-хирург ГБУЗ АО «Приволжская центральная районная больница», поликлиника № 2, Россия, 416450, Астраханская область, Приволжский район, с. Началово, ул. Ленина, д. 108, тел.: (8851) 40-60-78.

УДК 616.36-002.2-053.2

© О.В. Чурбакова, 2012

О.В. Чурбакова

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ИНТЕГРАТИВНУЮ ФАЗУ

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России

Рассмотрены особенности течения хронического вирусного гепатита В у детей и подростков в интегративную фазу, особенности клинических симптомов и синдромов течения болезни. Для хронического вирусного гепатита В характерны цитолитический, холестатический, мезенхимально-воспалительный синдромы. Проведена оценка клинико-лабораторных и ультразвуковых показателей. Отмечено, что у пациентов с хроническим вирусным гепатитом В в интегративную фазу улучшаются клинико-биохимические показатели, но полной клинико-лабораторной ремиссии не происходит.

Ключевые слова: хронический вирусный гепатит, интегративная фаза, клинические синдромы и симптомы.

THE FEATURES OF CHRONIC VIRUS HEPATITIS B COURSE IN CHILDREN AND TEENAGERS DURING INTEGRATIVE PHASE

The features of Chronic Virus Hepatitis B course in children and teenagers in integrative phase, the current of clinical symptoms and syndromes of illness were studied. For Chronic Virus Hepatitis B there are characteristics of mesenchymal-inflammatory, cytolytic, cholestatic syndromes. The estimation of clinicopathologic and ultrasonic parameters was made. It was noted that in patients with Chronic Virus Hepatitis B during integrative phase clinicobiochemical parameters improved, but full clinicopathologic remission did not occur.

Key words: *chronic virus hepatitis, integrative phase, clinical symptoms and syndromes.*

Введение. На современном этапе в структуре заболеваемости детей по медико-социальной значимости первое место занимают хронические инфекции. Эпидемиологическая ситуация заболеваемости хроническим вирусными гепатитами у детей остается важной и пока не решенной проблемой общества. Инфекция, вызываемая вирусом гепатита В (HBV), – одно из наиболее часто встречаемых инфекционных заболеваний [6]. В России происходит омоложение HBV-инфекции, что может привести к увеличению числа хронических форм поражения печени в ближайшие десятилетия.

Цель: оценить особенности течения хронического вирусного гепатита В у детей и подростков в интегративную фазу по данным детского инфекционного отделения Муниципального медицинского учреждения «Городская клиническая больница № 2 им. Н.А. Семашко» г. Самары.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 88 детей и подростков с хроническим вирусным гепатитом В (ХВГВ) в интегративную фазу. Дети были в возрасте от 7 месяцев до 18 лет.

Были проведены наблюдения детей и подростков, больных ХВГВ, с применением общеклинических, биохимических и инструментальных методов исследования. Диагноз ставили в соответствии с современными требованиями, а также с учетом классификации хронических гепатитов (Лос-Анжелес, 1994 г.) [7]. Верификация диагноза проводилась методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) и иммуноферментного анализа (ИФА). Этиологическая связь хронических форм заболевания у всех больных HBV была обоснована выявлением в сыворотке крови маркеров. Полученные в ходе работы данные регистрировались в индивидуальных картах с одновременным кодированием для последующей компьютерной обработки.

Анализ проводился при помощи современных пакетов статистического анализа: Statgraphics Plus 4.0, Statistica 8.0.

Для работы применялись методы описательной статистики, определения достоверности разницы между данными в основной и контрольной группах на основе расчета критерия Стьюдента (t).

Для оформления результатов исследований применялись пакеты из системы Microsoft Office 2010 и CorelDraw 13.

Результаты и их обсуждение. Рассмотрены клинические особенности детей и подростков ХВГВ в фазу интеграции. Клиническая картина ХВГВ у наблюдаемых больных характеризовалась малосимптомностью (табл. 1).

Таблица 1

Клинические проявления у детей с хроническим вирусным гепатитом В

Клинические проявления	Абс. n = 88	%
Жалобы		
Слабость, утомляемость	18	20,5
Головная боль	4	4,6
Снижение аппетита	16	18,2
Тошнота, горечь во рту	8	9,1
Носовые кровотечения	14	15,9
Боли в животе	14	15,9
Осмотр		
Бледность	4	4,6
Кожные телеангиоэктазии	2	2,3
Желтуха	6	6,8
Увеличение печени (на 1–3 см)	16	18,2
Увеличение печени (на 3–5 см и >)	16	18,2
Увеличение селезенки	2	2,3

Примечание: абс. – абсолютные значения

Среди основных клинических синдромов наблюдались: астеновегетативный, диспепсический, болевой, гепатомегалия и геморрагический.

Совокупность симптомов интоксикации у детей с ХВГВ обозначалась как астеновегетативный синдром, который проявлялся жалобами на быструю утомляемость, слабость, головные боли и снижение аппетита и отмечался у 18 (20,45 %) больных. Основным симптом хронического гепатита – немотивированная слабость или недомогание [3].

Диспепсические (тошнота, горечь во рту, нарушения стула) симптомы встречались редко. На наличие тошноты и горечи во рту жаловались 8 (9,1 %) детей и подростков.

Болевой синдром встречался нечасто. Зачастую предъявлялись жалобы на боли в животе – 14 (15,9 %) человек, причем чаще они возникали после нагрузки, локализовались в эпигастральной области и в правом подреберье. Болевые ощущения можно объяснить, прежде всего, выявленными изменениями со стороны желчевыводящих путей в виде дискинезии, панкреатита, холецистита.

Геморрагический синдром не относился к частым клиническим проявлениям. Так, носовые кровотечения отмечались у 16 (18,2 %) пациентов.

Желтуха кожи и склер зарегистрирована у 6 (6,8 %) детей и подростков. Визуальные маркеры хронизации (кожные телеангиоэктазии, пальмарная эритема) встречались у больных редко (2 (2,3 %) ребенка).

Гепатомегалия является наиболее постоянным, часто единственным объективным клиническим признаком патологических изменений в печени, степень ее увеличения чаще незначительная. Частота выявления увеличения печени составила у 16 (18,2 %) пациентов от 1 до 3 см, а также свыше 3 см. Спленомегалия наблюдалась у 2 (2,3 %) больных.

Таким образом, гепатомегалия, внепеченочные сосудистые знаки, астеновегетативный и болевой абдоминальный синдром относятся к наиболее характерным проявлениям ХГ у детей, что совпадает с литературными данными [2, 9].

Другие жалобы встречались значительно реже.

Анализ биохимических показателей крови является показателем состояния гепатобилиарной системы. Состояние печени отражается следующими основными синдромами: цитолитическим, холестатическим и мезенхимально-воспалительным.

Данные лабораторно-инструментального обследования пациентов представлены в таблице 2.

Таблица 2

Основные биохимические показатели у детей и подростков с ХВГВ

Показатель	Единицы измерения	ХВГВ	Контрольная группа
АлАТ	ммоль/л	$0,80 \pm 0,08^{**}$	$0,71 \pm 0,048$
АсАТ	ммоль/л	$0,59 \pm 0,08^{***}$	$0,64 \pm 0,056$
Билирубин	мкмоль/л	$18,55 \pm 1,87^*$	$14,56 \pm 0,59$
Холестерин	ммоль/л	$4,03 \pm 0,27^{***}$	$5,4 \pm 0,15$
Щелочная фосфатаза	ед.	$204,04 \pm 2,63^{**}$	$23,18 \pm 2,45$
Общий белок	г/л	$76,83 \pm 1,15^{***}$	$72,4 \pm 0,29$
Альбумины	%	$65,28 \pm 1,07^{***}$	$61,08 \pm 0,42$
α -глобулины	%	$14,0 \pm 1,23^{***}$	$8,26 \pm 0,24$
β -глобулины	%	$11,0 \pm 0,47^{***}$	$9,95 \pm 0,74$
γ -глобулины	%	$11,28 \pm 0,73^{***}$	$13,75 \pm 0,54$
Тимоловая проба	ед	$2,06 \pm 0,26$	$2,43 \pm 0,25$

Примечание: уровни достоверности различия с контролем: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$

По литературным данным, об активации патологического процесса можно судить по уровню аминотрансфераз (АлАТ, АсАТ) в сыворотке крови, который отражает степень поражения печени. О наличии цитолитического синдрома судили по изменению уровня аминотрансфераз (АлАТ) и аспаратаминотрансферазы (АсАТ), который отмечался у 3 (3,4 %) больных с ХГВ. Повышение АсАТ не наблюдалось. По определению Н.Д. Ющук (2010) [10], при хроническом гепатите В уровень АлАТ может быть больше нормы или волнообразно повышенным. При этом повышение уровня АлАТ в 1,5–2 раза относительно нормальных значений было выявлено у 5 (5,7 %) детей. У большинства больных с ХВГВ показатели АлАТ были в норме.

В разной степени выражены также проявления мезенхимально-воспалительного и холестатического синдромов [5]. О присутствии холестатического синдрома свидетельствовало повышение общего билирубина в сыворотке крови, повышение содержания холестерина, активности щелочной

фосфатазы. Холестаз выявлялся более чем в 33,4 % случаев. У 95,5 % больных отмечалось повышение щелочной фосфатазы, что является показателем холестаза.

Мезенхимально-воспалительный синдром характеризуется повышением α , β -глобулинов, тимоловой пробы в сыворотке крови, встречался у 36,4 %. При этом отмечалось повышение тимоловой пробы у 50 % детей. Повышение α , β -глобулинов было отмечено у 59 % пациентов.

При рассмотрении содержания общего белка и белковых фракций у больных ХГВ отмечено, что гиперпротеинемия наблюдалась у 13 %, гипоальбуминемия выявлена у 52,2 %, соответственно, что отражает нарастающее повреждение печени.

При ультразвуковом исследовании основными признаками изменения структуры печени служили повышение или снижение эхогенности паренхимы, ее зернистость и неоднородность [4]. По результатам ультразвукового исследования имелись изменения в виде неоднородности эхоструктуры, повышения эхогенности, усиления сосудистого рисунка, аномалии развития в виде перегибов шейки, тела и дна, наличие перетяжек желчного пузыря (табл. 3).

Таблица 3

Характеристики печени по данным ультразвукового исследования у детей и подростков

Признаки изменения структуры печени		Абс.	%
Эхоструктура	однородная	14	15,9
	неоднородная	74	84,1
Эхогенность	изоэхогенное	24	27,3
	гиперэхогенное	52	59,1
Сосудистый рисунок	сохранен	78	88,6
	деформирован	6	6,8
	обеднен	4	4,5
Перегиб желчного пузыря	в теле	22	25,0
	в шейке	36	40,9
	двойной, тройной	8	9,1

Примечание: абс. – абсолютные значения

Фиброгастроуденоскопические исследования позволили установить у многих обследованных больных ХВГВ признаки хронического воспаления слизистой желудка в виде гастритов и дуоденитов у 45,7 % больных. Нарушения двигательной функции верхних отделов желудочно-кишечного тракта у больных ХВГВ были представлены дуодено-гастральным рефлюксом – 10,6 % пациентов. Поверхностные и полные эрозии были обнаружены на слизистой антрального отдела желудка – 8,3 %.

Для подтверждения диагноза, так же как и у И.П. Барановой и соавторов [1], С.С. Сафарова [8], гепатит В был верифицирован методами ИФА и ПЦР. ПЦР позволяет надежно и быстро определить ДНК HBV в качественном и количественном варианте. Степень репликации была оценена по титру ДНК, который у обследованных пациентов на момент повторного обследования при госпитализации был отрицательным.

Выводы:

1. Хронический вирусный гепатит в интегративную фазу у 77,2 % детей и подростков протекал преимущественно в стертой малосимптомной форме, без желтухи, с незначительными отклонениями от нормы биохимических показателей функций печени.
2. Цитолитический, холестатический и мезенхимально-воспалительный синдромы наблюдались у менее половины больных.
3. В интегративную фазу при ХВГВ у детей и подростков несколько улучшались клинико-биохимические показатели, но полной клинико-лабораторной ремиссии не происходило.

Список литературы

1. Баранова, И. П. Иммуномоделирующая эффективность циклоферона при лечении гепатита В у подростков в зависимости от исходного уровня иммунологических нарушений / И. П. Баранова, Л. А. Мусатова, Л. И. Краснова и др. // Актуальные вопросы инфекционной патологии и вакцинопрофилактики у детей : мат-лы VI конгресса педиатров-инфекционистов России (г. Москва, 13–14 декабря 2007 г.) / гл. ред. В. Ф. Учайкин; отв. ред. О. В. Молочкова. – М. : ВИССЛА-ПРЕСС, 2007. – С. 28–29.
2. Горячева, Л. Г. HB- и HС-вирусные инфекции у детей, инфицированных в раннем возрасте : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Л. Г. Горячева. – СПб., 2005. – 45 с.

3. Ивашкин, В. Т. Особенности иммунного ответа у больных хроническим вирусным гепатитом С / В. Т. Ивашкин, С. Н. Мамаев, Е. А. Лукина // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2005. – Т. XI, № 3. – С. 24–29.
4. Кулюшина, Е. А. Синдромальный подход в лучевой диагностике цирроза печени / Е. А. Кулюшина // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2009. – № 6. – С. 10–15.
5. Московская, И. А. Болезни печени у детей / И. А. Московская; под ред. М. Я. Студеникина. – Тула : Гриф и К, 2007. – 536 с.
6. Пирогова, И. Ю. Определение стадии фиброза и гистологической активности хронической HBV-инфекции с помощью интегральной оценки неинвазивных методов / И. Ю. Пирогова // Инфекционные болезни. – 2010. – Т. 8, № 3. – С. 40.
7. Радченко, В. Г. Основы клинической гепатологии. Заболевания печени и билиарной системы / В. Г. Радченко, А. В. Шабров, Е. Н. Зиновьева. – СПб. : Диалект, 2005. – 864 с.
8. Сафаров, С. С. Противовирусная иммунокорригирующая терапия при хроническом гепатите В у детей / С. С. Сафаров // Актуальные вопросы инфекционной патологии и вакцинопрофилактики у детей : мат-лы VI конгресса педиатров-инфекционистов России (г. Москва, 13–14 декабря 2007 г.). – М. : ВИССЛА-ПРЕСС, 2007. – С. 144–145.
9. Чередниченко, Т. В. Терминология, клинические синдромы и вопросы классификации острых и хронических вирусных гепатитов у детей / Т. В. Чередниченко // Детские инфекции. – 2000. – № 1. – С. 52–55.
10. Ющук, Н. Д. Протокол диагностики и лечения больных вирусными гепатитами В и С / Н. Д. Ющук, Е. А. Климова, О. О. Знойко и др. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2010. – Т. XX, № 6. – С. 4–50.

Чурбакова Ольга Владимировна, кандидат медицинских наук, докторант кафедры факультетской педиатрии, ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, Россия, 443099, г. Самара, ул. Чапаевская, д. 89, тел.: (846) 332-16-34, e-mail: o_churbakova@mail.ru.

УДК 616.284-002.258;616-08-039.73

© В.П. Шпотин, Х.М. Галимзянов, Н.В. Еремина, А.И. Проскурин, 2012

В.П. Шпотин^{1,2}, Х.М. Галимзянов¹, Н.В. Еремина³, А.И. Проскурин¹

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

¹ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

²ГБУЗ АО «Александро-Мариинская областная клиническая больница», г. Астрахань

³ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России

Исследованы иммунограммы 93 больных хроническим гнойным средним отитом (39 мезотимпанитом и 54 эптитимпанитом). Проведен сравнительный анализ показателей иммунограмм в зависимости от степени выраженности воспалительных изменений и включения в схему терапии иммунофана. Результаты работы показали, что у больных хроническим гнойным средним отитом иммунограмма отражает особенности течения воспалительного процесса. Хронический воспалительный процесс в височной кости и хирургическая травма резко угнетает клеточный и гуморальный иммунитет, что побуждает к использованию в схеме послеоперационного лечения иммунокорректоров. Включение в схему терапии иммунофана позволило полностью нормализовать показатели иммунограммы у больных эптитимпанитом и улучшить клиническое течение послеоперационного периода.

Ключевые слова: иммунограмма, клеточный и гуморальный иммунитет, иммунофан, хронический гнойный средний отит.

V.P. Shpotin, H.M. Galimzyanov, N.V. Eremina, A.I. Proskurin

THE IMMUNOLOGICAL ASPECTS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC PURULENT OTITIS MEDIA