

желых и тяжелых форм оставалась прежней, что связано, вероятно, с улучшением диагностики и выявлением болезни на ранних стадиях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Глобальная Стратегия Лечения и Профилактики Бронхиальной Астмы (GINA-Global Initiative for Astma). - Пересмотр 2002 г.
2. Маланичева Т.Г. Причины и механизмы развития и течение бронхиальной астмы у детей: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. — Казань, 2001.
3. Научно-практическая программа// Бронхиальная астма у детей: диагностика, лечение и профилактика. — М., 2004 г.
4. Ревякина В.А. // Российский педиатрический журнал. - 2003. - № 4.
5. Шамова А.Г. Аллергические заболевания у детей в условиях промышленного города: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. - М., 2004.

6. Стандартизированные эпидемиологические исследования аллергических заболеваний у детей./ Пособие для врачей. — М., 1998.

Поступила 03.06.04.

ESTIMATION OF PREVALENCE OF BRONCHIAL ASTHMA SYMPTOMS IN CHILDREN

A.G. Shamova, E.G. Gomzina, T.G. Malanicheva

S u m m a r y

According to the data of epidemiologic examination of schoolchildren performed in 2000 and in 2003 by "ISAAC" program the growth of rate of bronchial asthma symptoms by 53,3% is revealed especially in elder age group comparing with younger group, as well as among boys both in younger and elder age groups. The amount of such symptoms as postload bronchospasm and dry night cough not connected with acute respiratory disease increased by 74%. Mild course of the diseases prevails in all age groups.

УДК 616 - 092 : 612. 017. 1 - 064] - 022 : 578. 828 : [616. 36 - 002. 2 - 022 : 578. 891

ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С У БОЛЬНЫХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

О. М. Романенко

Кафедра инфекционных болезней (зав. - доц. И.Г. Закиров) Казанской государственной медицинской академии последипломного образования

В последнее десятилетие повсеместно отмечается увеличение числа пациентов, инфицированных ВИЧ и хроническими вирусными гепатитами В и С (ХВГ В и С). ХВГ С занимает пятое место в списке причин смерти ВИЧ-инфицированных больных в клиниках Европы [1, 2].

С целью изучения клинического течения ко-инфекции (ХВГ С + ВИЧ) и прогнозирования дальнейшего развития заболевания нами были обследованы 105 больных в возрасте от 19 до 40 лет. ВИЧ-инфекция была диагностирована у них на основании эпидемиологических, клинических данных и подтверждена обнаружением специфических антител методом ИФА и иммунного блотинга (Diagnostics Pasteur) к белкам ВИЧ I типа. У всех пациентов изучали показатели периферической крови, биохимических проб функции печени. Среди показателей системы иммунитета определяли субпопуляции лимфоцитов (CD4, CD8),

концентрацию IgA, IgM, IgG, содержание циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК). Для контроля были обследованы 46 больных ХВГ С, негативных в отношении ВИЧ-инфекции, и 15 здоровых лиц в возрасте от 19 до 36 лет.

Согласно клинической классификации В.И.Покровского (1989), среди наблюдаемых больных ВИЧ-инфекцией стадия первичных проявлений ПА (острая инфекция) была установлена у 19, ПБ (бессимптомная) - у 40, ПВ (лимфаденопатия) - у 38, стадия вторичных заболеваний ША - у 8. 78% инфицированных ВИЧ употребляли психоактивные вещества, у них были выявлены сопутствующие заболевания, чаще всего в виде хронических заболеваний ЖКТ (39,05%). В эпидемиологическом анамнезе на половой путь инфицирования указали только 5 (4,8%) человек, во всех остальных случаях (95,2%) ВИЧ-инфекция была связана с парентеральным потреблением наркотических веществ.

РНК-НСV в плазме крови определяли путем постановки полимеразной цепной реакции: у 62 пациентов - количественным, у 23 - полуколичественным, у 20 - качественными методами. У 23 больных ХВГ С был определен генотип. Доминирующее положение занимал генотип 3a (у 47,8%), следующим по частоте был генотип 1b (у 36,7%).

Острая фаза ВИЧ-инфекции. Под нашим наблюдением находились 5 пациентов, у которых острая фаза ВИЧ-инфекции была установлена во время обращения за медицинской помощью и у 14 - ретроспективно. 73,7% больных указывали на острое начало болезни, сильную слабость, головную боль, боли в мышцах, повышение температуры до фебрильных цифр, сохранявшееся 5-7 дней. Никаких симптомов острой фазы ВИЧ-инфекции не было у 21% опрошенных. У 15,8% больных клиника острой фазы ВИЧ-инфекции сопровождалась манифестацией хронического вирусного гепатита С, у остальных (84,2%) — на фоне имеющегося ХВГ С.

Клинические признаки ХВГ С у больных этой группы были невыраженными. Так, на чувство тяжести в правом подреберье жаловались лишь 2 (10,5%) больных. Увеличение печени наблюдалось у 78,9% больных, у остальных размеры печени оставались в пределах нормы. Спленомегалия была выявлена у 15,8% больных только при ультразвуковом исследовании. Активность АЛТ была повышена у всех больных от 38,4 до 97,2 МЕ/л (в среднем 65,6 21,2), что превышало норму в 4,4 раза. Уровень билирубина в сравнении с таковым у здоровых был выше в 1,5 раза, хотя визуальной желтухи не было ни в одном случае. Показатели тимоловой пробы были увеличены в 1,5 раза.

В периферической крови в первые дни отмечались лимфопения с последующим (через 2-3 недели) лимфоцитозом и умеренное повышение СОЭ.

Уровень CD4 лимфоцитов был снижен в среднем до 0,398 0,04 (28,8 2,66%). У 2 пациентов имело место транзиторное снижение уровня CD4 лимфоцитов

менее 200 клеток в 1 мкл. Уровень CD8 клеток оставался в пределах нормы. Уровень IgG был повышен, ЦИК повышен резко (0,084 0,015 ед. опт. пл.).

Латентная стадия ВИЧ-инфекции. В стадии латентной инфекции было 80 больных: ИБ (бессимптомная инфекция) - у 40, ИВ (персистирующая генерализованная лимфаденопатия) - у 38.

Клинико-лабораторные признаки поражения печени отмечались у 95% лиц, гепатомегалия - у 85%, спленомегалия - у 10%. Уровень общего билирубина в сыворотке крови был повышен лишь у 5 больных, причем незначительно и кратковременно. Активность АЛТ превышала нормальные показатели в 3 раза у 25%, от 3 до 5 раз - у 20%, более 5 раз - у 35%. Активность АЛТ у больных с ко-инфекцией составляла в среднем 119,9 29,94 МЕ/л в стадии ИБ и 150,26 24,98 МЕ/л в стадии ИВ. Повышенная активность АЛТ сохранялась продолжительное время (более 3-6 месяцев) даже на фоне назначения гепатопротекторов (эссенциале-форте, карсил, хофитол). У 16 (20%) пациентов были зарегистрированы нормальные значения АЛТ.

Наличие РНК-НСV в плазме крови у больных с ко-инфекцией во ИБ и ИВ стадиях ВИЧ-инфекции было выявлено у 76,2% больных - у 48 из 63 (табл. 1).

По мере возрастания продолжительности инфицирования частота выявления РНК-НСV увеличивалась и вирус обнаружился у 50% больных.

В отличие от ИБ стадии ВИЧ-инфекции, в стадии ИВ наблюдалось достоверное снижение уровня CD4 лимфоцитов (0,487 0,045S10⁹/л против 0,62 0,04S10⁹/л) как при среднем исчислении, так и в процентном. Уменьшение количества CD4 лимфоцитов менее 500 клеток в 1 мкл определялось лишь у 20,3% пациентов во ИБ стадии и у 42,5% во ИВ стадии, при этом каких-либо клинических проявлений заболевания у этих больных, кроме увеличения лимфатических узлов, не было. Иммунорегуляторный коэффициент снизился во ИВ стадии приблизительно в 1,5 раза. Отмечалось некоторое повышение уровня IgG и ЦИК.

Таблица 1

Частота обнаружения HCV-РНК методом ПЦР у больных с ко-инфекцией (ХВГ С + ВИЧ) в зависимости от продолжительности инфицирования ВИЧ (абс./%)				
Стадии ВИЧ-инфекции	Продолжительность инфицирования			Всего (n=72)
	до одного года (n=12)	от одного года до 3 лет (n=54)	от 3 до 5 лет (n=6)	
ИБ (n=34)	9/75	18/33,3	2/33,3	29/85,3
ІІВ (n=29)	—	18/33,3	1/16,7	19/65,5
ІІІА (n=8)	—	5/9,3	3/50	8/88,9
Итого (n=72)	9/75	41/75,9	6/100	56/77,8

Снижение уровня CD4 лимфоцитов ассоциировано с высоким содержанием РНК (метод ПЦР). Среднее количество CD4 лимфоцитов было меньше в группе больных с высоким уровнем РНК-HCV (5+) в сравнении с таковым в группе с низким уровнем (1+) — соответственно $568 \pm 10^9/\text{л}$ и $770 \pm 10^9/\text{л}$ ($p < 0,05$). Не обнаружено взаимосвязи между уровнем РНК-HCV и клиническими проявлениями ХВГ С с ВИЧ-инфекцией. Слабая корреляция была установлена между уровнем РНК-HCV и активностью АЛТ ($r = 0,38$).

При УЗИ органов брюшной полости обнаруживались увеличение размеров печени (у 85%), стеатоз (у 48%), симптомы холецистита (у 67,5%).

Стадия вторичных заболеваний (ІІІА стадия) ВИЧ-инфекции. Ко-инфекция в стадии вторичных заболеваний была у 8 человек. Прогрессирование ВИЧ-инфекции к стадии вторичных заболеваний в течение 3 лет имело место у 50% больных. У пациентов этой группы наиболее частыми клиническими проявлениями болезни были астеновегетативный синдром, лимфаденопатия, гепатомегалия. Клинические признаки поражения печени отмечались у всех больных. Гепатомегалия была зафиксирована у 100%, спленомегалия - у 25%. На тяжесть в правом подреберье жаловались 50% больных. У 2 больных определялась иктеричность склер, у 62,5% — эпизодическое потемнение мочи. В данной стадии у всех больных было зарегистрировано повышение активности АЛТ до $189,6-232,8 \text{ МЕ}/\text{л}$ (в среднем $213,5 \pm 19,87 \text{ МЕ}/\text{л}$), что превышало средние показатели предыдущей группы в 1,5 раза и носило устойчивый характер. К моменту клинической ремиссии активность АЛТ имела тенденцию

к снижению, однако нормализации не происходило. Аналогично изменялись показатели АСТ — активность фермента превышала средние показатели больных в стадии ІІВ ВИЧ-инфекции в 1,3 раза.

Особо обращало на себя внимание повышение показателей тимоловой пробы ($8,76 \pm 0,9 \text{ ед.}$) по сравнению с таковыми у здоровых лиц в 1,9 раза, но достоверных различий со средними показателями предыдущей группы не было выявлено ($p > 0,05$).

Наличие РНК-HCV в плазме крови у ко-инфицированных пациентов в стадии ВИЧ-инфекции ІІІА было выявлено у 8 из 9. В этой группе прослеживалась прямая корреляция между активностью АЛТ и уровнем вирусемии. У 6 из 9 больных определялся высокий уровень РНК-HCV (4+, 5+).

Результаты УЗИ органов гепатобилиарной системы и селезенки показали увеличение размеров печени и ее перипортальные уплотнения у всех больных, явления гепатоза у 88,9%, изменения со стороны желчного пузыря и ЖВП у всех пациентов.

В периферической крови выявлялось увеличение СОЭ до $29,3 \pm 6,7 \text{ мм}/\text{ч}$; количество лейкоцитов оставалось в среднем $4,8 \pm 1,4 \times 10^9/\text{л}$. У ко-инфицированных пациентов в ІІІА стадии было снижено количество CD4 лимфоцитов по сравнению с таковым в латентной стадии.

Уменьшение абсолютного количества CD4 лимфоцитов у больных в ІІІА стадии менее 500 в 1 мкл наблюдалось у 5 из 8 пациентов и было ниже на 15,9% и 12,4%, чем у больных в латентной стадии ВИЧ-инфекции (ІІБ и ІІВ стадии соответственно). Причем у 2 из 8 пациентов количество CD4 лимфоцитов было

Таблица 2

Клинические симптомы	До одного года		От одного года до 3 лет		От 3 до 5 лет	
	ХВГ С (n=11)	ХВГ С + ВИЧ (n=14)	ХВГ С (n=10)	ХВГ С - ВИЧ (n=60)	ХВГ С (n=8)	ХВГ С + ВИЧ (n=31)
Астенизация	63,6	21,4	70	41,7	100	41,9
Лихорадка	—	7,1	—	20	—	41,9
Лимфаденопатия	—	92,8	—	100	—	93,5
Тошнота, рвота	—	—	—	5	12,5	9,6
Боли/тяжесть в эпигастрии, правом подреберье	54,5	17,2	90	55	100	61,3
Гепатомегалия	18,2	78,6	40	85	100	100
Желтушность склер, кожи	9,09	—	—	8,3	62,5	6,4
Зуд кожи	—	7,1	—	8,3	12,5	19,35
Сыпь на коже	9,09	7,1	—	5	37,5	19,35
Acne vulgaris, пиодермия	27,3	14,2	30	38,3	25	25,8
Шелушение кожи	—	—	—	5	—	—
Грибковые поражения кожи, слизистых	—	—	—	5	—	29,0
Герпетические поражения кожи, слизистых	—	7,1	—	16,7	—	22,6
Фарингиты, тонзиллиты	9,09	7,1	10	16,7	25	9,6
Бронхиты, пневмонии	—	14,2	—	35	—	48,4
Артралгии	—	—	—	—	25	9,6
Жидкий стул	—	7,1	10	28,3	12,5	22,6
Снижение массы тела	—	—	—	13,3	25	29,0
ЗППП	—	14,2	—	13,3	—	29
Папилломы	—	7,1	—	10	—	16,13
Псориаз	—	7,1	—	10	—	12,9
Остроконечечная кондилома	—	7,1	—	—	—	6,4
Депрессия	9,09	—	20	5	—	6,4
Частота жалоб, всего	72,7	71,4	90	90	87,5	93,6
Отсутствие жалоб	27,3	28,6	10	10	12,5	6,4

менее 200 в 1 мм³. Количество CD8 клеток было на 6,9% и 9,3% ниже, чем у больных в стадии IIБ и IIВ. Иммунорегуляторный коэффициент достоверно не отличался от показателя во IIВ стадии.

Кроме того, у пациентов IIIА стадии по сравнению с латентной стадией была повышена концентрация IgG до 28,75 2,34 г/л ($p < 0,01$). Содержание ЦИК у лиц IIIА стадии было достоверно выше (0,105 0,067 ед. опт. пл.), чем в стадии IIА, IIБ и IIВ. Концентрации IgA и IgM достоверно не отличались от показателей других групп с ко-инфекцией.

Сравнительный анализ частоты клинических проявлений болезни у больных ХВГ С в зависимости от длительности течения HCV и больных ко-инфекцией в зависимости от давности инфицирования ВИЧ (табл. 2) показал, что только при ко-инфекции наблюдались такие клинические симптомы, как лихорадка,

полилимфаденопатия, грибковые и герпетические поражения кожи и слизистых, заболевания, передающиеся половым путем, бронхиты, пневмонии, псориаз, причем с давностью инфицирования частота их увеличивалась.

На артралгии жаловались как больные с моно-, так и ко-инфекцией, выявлялись они на 3-5-й год инфицирования. Одинаково часто обнаруживалась гепатомегалия на 3-5-й год инфицирования у больных обеих групп. С давностью инфицирования нарастали жалобы на боли и тяжесть в правом подреберье, однако при моноинфекции в 1,5 раза чаще, чем при ко-инфекции (табл. 2).

Результаты анализа основных биохимических исследований крови больных моно- и ко-инфекцией также показали их корреляцию с давностью инфицирования. Так, средние показатели АЛТ в обеих группах имели наибольшие зна-

чения при длительности заболевания от 3 до 5 лет ($p < 0,001$; $p < 0,05$). Достоверные различия средних значений АЛТ в сравниваемых группах были выявлены через 3-5 лет инфицирования (79,9 26,6 МЕ/л при ХВГ С и 201,5 10,12 МЕ/л при стадии ПБ ко-инфекции), общего билирубина - через 1—3 года (28,4 8,2 мкм/л при ХВГ С и 43,8 1,7 мкм/л при ко-инфекции).

Показатели тимоловой пробы были высокими во все годы наблюдения, однако их средние значения по стадиям ВИЧ инфекции достоверно не различались ($p > 0,05$; $p > 0,05$). Было также установлено, что чем больше сроки инфицирования ВИЧ, тем выше частота выявления РНК-НСV у больных ко-инфекцией (табл. 1). Так, если при давности инфицирования до одного года частота обнаружения РНК-НСV составляла 75%, то через 3-5 лет - 100%.

Таким образом, клинические проявления поражения гепатобилиарной зоны достоверно чаще регистрировались на фоне ко-инфекции. У большинства ко-инфицированных пациентов хроническая НСV-инфекция сопровождалась активной репликацией вируса гепатита С с высоким и средним уровнем, выявлялась обратная зависимость количества CD4 лимфоцитов и уровня РНК-НСV. Активность АЛТ при ко-инфекции была

стабильно высокой, сохранявшейся продолжительное время даже на фоне назначения гепатопротекторов. Изменения биохимических показателей крови, частота выявления РНК-НСV коррелировали с давностью инфицирования. Достоверные различия биохимических показателей крови в группе больных с моно- и ко-инфекцией выявлялись через 3-5 лет инфицирования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шахильдян В.И. Вирусные гепатиты: достижения и перспективы // Информационный бюллетень. - 2003. - №1 (16). - С.11—13.
2. Soriano V., Garcia-Samaniego S., Valencia E. et al. // Eur. J. Epidemiol. - 1999. - Vol. 15. - P. 1 - 4.

Поступила 28.08.04.

COURSE OF CHRONIC VIRAL HEPATITIS C IN PATIENTS WITH HIV-INFECTION

O.M. Romanenko

S u m m a r y

105 patients with HIV aged 19 to 40 years were examined in order to study clinical cause of co-infection (VG C+HIV) and to predict further course of the disease. Clinical manifestations of hepatobiliary zone involvement were more frequent in the presence of co-infection. Chronic HIV-infection was accompanied by active replication of virus of hepatitis C with high and average level, reverse correlation between the number of CD4 cells and RNA-HIV level was revealed among the most of co-infected patients. Changes of biochemical indices of blood, frequency of detecting of RNA-HIV correlated with duration of infection.

УДК 617.55 - 089.8

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Ш. Х. Ганцев, К.Ш. Ганцев

Клиника онкологии (директор - проф. Ш.Х. Ганцев) Башкирского государственного медицинского университета, г. Уфа

Особое внимание к вопросам хирургического лечения сочетанных заболеваний [1, 3, 8, 9] во многом обусловлено ростом в последние годы числа таких больных, повышением качества диагностики, высоким уровнем анестезиологического и реанимационного обеспечения, а также прогрессом хирургических технологий. В медицинской литературе под сочетанными хирургическими заболеваниями понимают патологические

состояния, при которых наблюдается поражение одновременно нескольких внутренних органов брюшной или грудной полости, забрюшинного пространства, других анатомических образований, требующее хирургического лечения. Это определение, на наш взгляд, не отражает существенного момента, заключающегося в том, что нередко и один орган могут поражать различные патологические процессы, лечение при ко-