

## НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ВНЕКИШЕЧНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА

В.Ш. Стамболцян, И.Г. Бакулин, Б.И. Асланов

*ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова МЗ РФ, г. С.-Петербург, Россия*

Представления о патогенезе и прогнозе течения внекишечных проявлений (ВКП) при воспалительных заболеваниях кишечника (ВЗК) ограничены, как и знания о факторах, влияющих на развитие и течение данных состояний.

Проведено анкетирование 149 пациентов Северо-Западного центра ВЗК: из них 63 чел. (42,3%) – с язвенным колитом (ЯК), 84 чел. (56,4%) – с болезнью Крона (БК). ВКП наблюдались у 46 чел. (30,9%), среди которых 22 чел. (14,8%) имели 2 и более ВКП. С помощью анкетирования выявлялись факторы риска и их взаимосвязь с клиническим течением заболевания, а также с внекишечными проявлениями.

При анализе частоты встречаемости ВКП в зависимости от течения ВЗК выявлено, что у 27 пациентов (58,7%) с тяжелым течением ВЗК выявлялись ВКП (95% ДИ: 4,649-24,980;  $p<0,001$ ), при этом при тотальной форме ЯК в отличие от других локализаций ВКП встречались статистически значимо чаще ( $p=0,018$ ). Кроме того, при ЯК статистически значимые различия ( $p=0,002$ ) были выявлены при оценке частоты ВКП в зависимости от тяжести течения; наличие двух и более ВКП (95% ДИ: 1,714-18,156) было ассоциировано с тяжелой атакой ЯК, в остальных случаях корреляции были статистически незначимы. Данные о применении лекарственных препаратов в анамнезе показали, что длительность применения нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) в течение 3-5 лет и более до манифестации ВЗК ассоциирована с наличием ВКП ( $p<0,05$ ). У пациентов с неэффективностью тиопуринов ( $p=0,029$ ), стероидозависимостью ( $p=0,01$ ) ВКП наблюдались статистически значимо чаще. При анализе анамнеза на предмет применения системных глюкокортикостероидов (ГКС) выявлено, что у 54,3% пациентов, нуждающихся в подключении ГКС в схемы лечения, были диагностированы ВКП (95% ДИ: 2,190 - 9,866;  $p<0,001$ ). Анализ взаимосвязи частоты обострений ВЗК за последний год ( $p=0,038$ ) и наличие анемии ( $p=0,013$ ) выявили статистически значимую связь с ВКП.

Вывод: У пациентов с тяжелым течением ВЗК значительно чаще наблюдаются ВКП, особенно при тотальной форме ЯК. Длительное применение НПВП до установки диагноза, использование системных ГКС, неэффективность тиопуринов и развитие стероидозависимости при установленном ВЗК, могут быть ассоциированы с наличием ВКП и наоборот. Полученные данные могут быть использованы для оптимизации лечения и разработки профилактических мероприятий.

## КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГЕПАТИТ В ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ВЗРОСЛЫХ

Д.В. Терешков<sup>1</sup>, В.М. Мицура<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, Беларусь;

<sup>2</sup>ГУ «РНПЦ радиационной медицины и экологии человека», г. Гомель, Беларусь

Инфекция, вызванная вирусом гепатита В (ВГВ), остается одной из актуальных проблем современного здравоохранения. В мире 254 миллиона человек имеют поверхностный антиген ВГВ (HBsAg) и подвержены высокому риску прогрессирования заболевания печени и смертности [ВОЗ, 2024]. В основе патогенеза хронической ВГВ-инфекции лежит взаимодействие иммунной системы хозяина с размножающимся вирусом [Bensch B., Chang K.M., 2016]. Согласно классификации Европейской ассоциации по изучению болезней печени (EASL) 2017 года, выделяют пять фаз хронической ВГВ-инфекции, которые не обязательно являются последовательными и учитывают наличие HBeAg, уровни ДНК ВГВ и аланинаминотрансферазы (АЛТ), а также наличие или отсутствие воспаления в печени: HBeAg-позитивная хроническая ВГВ-инфекция, HBeAg-позитивный хронический гепатит В (ХГВ), HBeAg-негативная хроническая ВГВ-инфекция, HBeAg-негативный ХГВ, HBsAg-негативная (латентная, occultная) ВГВ-инфекция [EASL, 2017].

Цель исследования: проанализировать клиничко-лабораторные параметры у взрослых пациентов с хронической ВГВ-инфекцией.

Изучены клиничко-лабораторные данные 234 пациентов с хронической ВГВ-инфекцией, проходивших лечение в Гомельской областной инфекционной клинической больнице. Оценивали показатели биохимического анализа крови – АЛТ, аспартатаминотрансферазу (АСТ), билирубин, гамма-глутамил-

трансферазу (ГТТ), холестерин, щелочную фосфатазу (ЩФ), альбумин, тимоловую пробу; гемограммы – тромбоциты; коагулограммы – протромбин (ПТИ), международное нормализованное отношение (МНО). Методом иммуноферментного анализа проводилось исследование на наличие HBsAg, HBeAg, анти-HBcor IgM, анти-HBcor IgG и анти-HBe IgG с применением тест-систем «Вектор-БЕСТ» (Россия). Для количественного определения ДНК ВГВ методом ПЦР в режиме реального времени использовались тест-системы «АмплиСенс» (ФБУН ЦНИИЭ Роспотребнадзора, Россия). Всем пациентам выполнялось ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Оценка стадии фиброза печени по шкале METAVIR от F0 (отсутствие фиброза) до F4 (цирроз печени) проводилась на основании фиброэластографии либо биопсии печени у 167 пациентов. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программ MS Office Excel 2010 и Statistica 10, для анализа полученных данных использовались статистический критерий  $\chi^2$ , тест Манна-Уитни; значимыми считались различия при показателе  $p < 0,05$ .

Характеристика пациентов, включенных в исследование: 171 мужчина (73,1%) и 63 женщины (26,9%) от 18 до 87 лет, средний возраст ( $M \pm SD$ )  $40,9 \pm 14,1$  лет. Возрастная структура пациентов: до 30 лет – 44 чел. (18,8%), 30-39 лет – 83 чел. (35,5%), 40-49 лет – 40 чел. (17,1%), 50-59 лет – 41 чел. (17,5%), 60 лет и старше – 26 чел. (11,1%). Средний возраст мужчин ( $40,1 \pm 13,4$  лет) и женщин ( $42,9 \pm 15,7$  лет) статистически не различался ( $p = 0,43$ ). Распределение пациентов по стадии фиброза печени было следующим: F0 – 64 чел. (38,3%), F1 – 39 чел. (23,3%), F2 – 22 чел. (13,2%), F3 – 9 чел. (5,4%), F4 – 33 чел. (19,8%).

Положительные результаты исследования на анти-HBcor IgG имели все пациенты (100%), HBsAg – 231 чел. (98,7%), HBeAg – 31 чел. (13,2%), анти-HBcor IgM – 44 чел. (18,8%), анти-HBe IgG – 214 чел. (91,5%). У 3 пациентов (1,3%) HBsAg не выявлен, при этом результат исследования на анти-HBcor IgG, анти-HBe IgG и ДНК ВГВ был положительным (что соответствует HBsAg-негативной или оккультной фазе хронической ВГВ-инфекции).

Проведено сравнение клинико-лабораторных показателей пациентов с HBeAg-позитивной ( $n = 31$ ) и HBeAg-негативной ( $n = 203$ ) хронической ВГВ-инфекцией. Среди HBeAg-негативных пациентов мужчин было 75,4%, среди HBeAg-позитивных – 58,1% ( $\chi^2 = 4,09$ ,  $p = 0,04$ ). При сравнении HBeAg-позитивных и HBeAg-негативных пациентов не выявлено различий по возрасту, показателям билирубина, альбумина, ЩФ, ГТТ, холестерина, тимоловой пробы, тромбоцитов, ПТИ, МНО ( $p > 0,05$ ) и частоте выраженного (стадии F2-F4) фиброза печени ( $\chi^2 = 0,88$ ,  $p = 0,35$ ). При этом HBeAg-позитивные пациенты имели более высокие показатели АЛТ ( $p = 0,03$ ), АСТ ( $p = 0,01$ ) и уровень ДНК ВГВ, чем HBeAg-негативные ( $p < 0,001$ ).

В соответствии с классификацией EASL 2017 года по клиническим фазам хронической ВГВ-инфекции пациенты распределились следующим образом: 1) HBeAg-позитивная хроническая ВГВ-инфекция – 7 чел. (3%), 2) HBeAg-позитивный ХГВ – 24 чел. (10,2%), 3) HBeAg-негативная хроническая ВГВ-инфекция – 75 чел. (32,1%), 4) HBeAg-негативный ХГВ – 125 чел. (53,4%), 5) HBsAg-негативная ВГВ-инфекция – 3 чел. (1,3%).

Заключение. В настоящее время хронические формы ВГВ-инфекции чаще встречаются в возрастной группе 30-39 лет (35,5%) и у лиц мужского пола (73,1%). Пациенты с клинически значимым фиброзом печени (стадия F2 и выше) составляют 38,4%, а с циррозом печени – 19,8%. Среди пациентов с хронической ВГВ-инфекцией доминируют HBeAg-негативные лица (86,8%), имеющие менее выраженный цитолитический синдром ( $p = 0,03$ ) и ниже уровень ДНК ВГВ ( $p < 0,001$ ), чем HBeAg-позитивные. Оккультная форма хронической ВГВ-инфекции встречается у 1,3% пациентов.

## **РЕАЛИЗАЦИЯ МОНИТОРИНГОВЫХ ПРОЕКТОВ В СООТВЕТСТВИИ С КОНЦЕПЦИЕЙ «ЕДИНОЕ ЗДОРОВЬЕ»**

**О.В. Тонко<sup>1</sup>, Н.Д. Коломиец<sup>1</sup>, О.Н. Ханенко<sup>1</sup>, О.Н. Романова<sup>2</sup>, В.Д. Буландо<sup>1</sup>,  
М.А. Палачич<sup>3</sup>, Ю.Н. Соколова<sup>3</sup>, А.В. Плавсюк<sup>3</sup>, Н.А. Троцкая<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>ИПКиПК здравоохранения УО «Белорусский государственный медицинский университет»,  
г. Минск, Беларусь;

<sup>2</sup>УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Беларусь;

<sup>3</sup>УО «Международный государственный экологический институт им. А.Д. Сахарова»  
Белорусского государственного университета, г. Минск, Беларусь

Концепция «Единое здоровье» (КЕЗ) и программы, созданные для ее реализации разработаны с целью улучшения здоровья и самочувствия людей за счёт предотвращения рисков и смягчения последствий кризисов, возникающих на стыке взаимодействия людей, животных и окружающей среды (One Health Global