

2. С нарастанием тяжести цирроза печени растут лабораторные маркеры синдрома холестаза: общий билирубин и щелочная фосфатаза, усугубляется печеночно-клеточная недостаточность: снижаются уровни альбумина и ПТИ, увеличивается МНО. Также с ростом декомпенсации снижается уровень холестерина. Значения креатинина достоверно не указывают на наличие или отсутствие декомпенсации.

3. Показатель MELD увеличивается с развитием декомпенсации, а непрямые маркеры фиброза (APRI и FIB-4) не позволяют оценивать степень тяжести цирроза печени.

ЛИТЕРАТУРА

1. Подымова, С. Д. Болезни печени: руководство / С. Д. Подымова. — 4-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 2005. — С. 445.
2. Садовникова, И. И. Циррозы печени. Вопросы этиологии, патогенеза, клиники, диагностики, лечения / И. И. Садовникова // Российский медицинский журнал. — 2003. — № 2. — С. 37.
3. Ивашкин, В. Т. Клинические рекомендации. Гастроэнтерология / В. Т. Ивашкин; под ред. В. Т. Ивашкина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — С. 126.
4. Прогностическая модель неинвазивной диагностики фиброза печени у больных хроническими вирусными гепатитами / А. А. Останин [и др.] // Медицинская иммунология. — 2008. — Т. 10, № 4–5. — С. 407–409.
5. Шептулина, А. Ф. Неинвазивная диагностика фиброза печени: роль сывороточных маркеров / А. Ф. Шептулина, Е. Н. Широкова, В. Т. Ивашкин // Рос. журн. гастроэнтерол. — 2015. — № 2. — С. 16–21.
6. European Association for the Study of the Liver. EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis C 2018 // J. Hepatol. — 2018. — <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2018.03.026>.

УДК 616.523-052-053.2-07

ВЫЯВЛЕНИЕ МАРКЕРОВ ГЕРПЕСВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Паршонок И. М.

Научный руководитель: д.м.н., доцент *В. М. Мицура*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В настоящее время известно более 100 видов герпесвирусов, из них 8 — герпесвирусы человека: вирусы простого герпеса (ВПГ) 1-го и 2-го типов (HSV 1, 2), вирус ветряной оспы/опоясывающего герпеса — ВЗВ (VZV), вирус Эпштейна — Барр — ВЭБ (EBV), цитомегаловирус (ЦМВ), вирус герпеса человека 6 ВГЧ-6 (HHV-6), вирус герпеса человека 7 — ВГЧ-7 (HHV-7), вирус герпеса человека 8 — ВГЧ-8 (HHV-8). Герпесвирусы широко распространены в человеческой популяции, имеют разнообразные механизмы передачи, они пантропны (могут поражать практически все органы и системы организма хозяина) и способны к пожизненной персистенции. По данным ВОЗ, герпетическая инфекция занимает 2-е место по распространенности среди вирусных инфекций, уступая лишь гриппу. Так, ВПГ инфицировано более 90 % человеческой популяции земного шара. У 10–20 % населения отмечаются клинически очерченные (манифестные) формы болезни.

К факторам риска развития тяжелого течения герпесвирусных инфекций (ГВИ) можно отнести следующие состояния: первичные иммунодефициты; вторичные иммунные нарушения, возникающие при хронических заболеваниях (ожирение, сахарный диабет, метаболический синдром и др.), стрессы, период новорожденности, недоношенность. К факторам риска также относятся иммуносупрессивная терапия, прием глюкокортикоидов, нерациональная антибиотикотерапия; тяжелые травмы, ожоги; атопические заболевания и др. [1, 2].

Диагноз герпесвирусных инфекций подтверждается с помощью различных методов. Основными методами, применяемыми в клинике, являются иммуноферментный анализ (ИФА) для выявления антител к герпесвирусам и полимеразная цепная реакция (ПЦР) для определения вирусной ДНК в крови или ином исследуемом материале. Основные достоинства молекулярно-биологических методов — высокая чувствительность (90–98 %) и специфичность (90–100 %) [3].

Цель

Изучить распространенность маркеров герпесвирусных инфекций у пациентов детского гематологического отделения.

Материал и методы исследования

Ретроспективно проанализированы 149 медицинских карт стационарных больных гематологического отделения для детей РНПЦ радиационной медицины и экологии человека.

Были обследованы пациенты со следующими диагнозами: «анемия» (железодефицитная, апластическая, гемолитическая) (12 чел.), «цитопении» (лейкопения, нейтропения, агранулоцитоз, тромбоцитопения) (12 чел.), геморрагический васкулит (6 чел.), генерализованная и реактивная регионарная лимфоаденопатия (56 чел.), острый лимфобластный и миелобластный лейкоз (27 чел.), идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (16 чел.), реактивный тромбоцитоз (3 чел.), коагулопатия (1 чел.), лейкомоидные реакции (7 чел.), лимфогранулематоз (1 чел.), миелодиспластический синдром (1 чел.), объемное образование (эпендимома) (1 чел.), рецидивирующие носовые кровотечения (2 чел.), токсико-аллергический дерматит (4 чел.).

Среди обследованных детей было 83 (55,7 %) мальчика и 66 (44,3 %) девочек. Возраст детей: до 3 лет — 39 (26,2 %), от 4 до 8 лет — 47 (31,5 %), от 9 до 17 лет — 63 (42,3 %). Проживающих в городе — 119 (79,9 %), в селе — 30 (20,1 %).

Изучены маркеры герпесвирусных инфекций: вирус простого герпеса 1-го и 2-го типов (ВПГ 1, 2), вирус Эпштейна — Барр (ВЭБ); цитомегаловирус (ЦМВ), которые определялись методами ИФА и ПЦР. При ИФА-диагностике определяли следующие маркеры: анти-ВПГ 1,2 IgG и IgM, анти-ВЭБ IgG и IgM, анти-ЦМВ IgG и IgM. Методом ПЦР определяли наличие ДНК ВПГ 1,2, ДНК ВЭБ, ДНК ЦМВ.

Статистическая обработка данных проведена с помощью электронных таблиц «Microsoft Excel 2010» и программы «Statistica» 6.0 (Statsoft, USA). Для сравнения частот использовался точный критерий Фишера. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Из 149 пациентов, положительные результаты исследования на маркеры герпесвирусных инфекций были выявлены у 58 пациентов (38,9%). У некоторых детей (11 чел., 18,9%) были выявлены антитела к ЦМВ и ВЭБ одновременно. ПЦР-диагностика на наличие ДНК ГВИ была проведена у 89 пациентов (59,7%).

Из всех обследованных ДНК ВПГ 1, 2 не было выявлено в крови пациентов (0 %), обнаружены ДНК ЦМВ у 3 (3,4 %) человек и ДНК ВЭБ у 3 (3,4 %) человек. Обследование на определение антител к ВПГ 1 и 2 типов проведено у 9 человек, у всех результаты отрицательные.

Наличие антител к ЦМВ оценивалось методом ИФА у 66 (44,3 %) человек, положительные результаты исследования IgG у 44 (66,7 %) пациентов, причему мальчиков в 68,8 % случаев, а у девочек — в 64,7 % ($p = 0,8$). Дополнительно из них у 52 (78,8 %) человек выявляли IgM (положительных результатов 5,8 %). Доля положительных результатов по возрастным категориям: у детей от 0 до 8 лет — 54,6 %, от 9 до 17 лет — 45,4 % ($p = 0,9$). Среди детей, проживающих в городе, частота выявления антител — 64,7 %, среди проживающих в сельской местности — 73,3 %, различия статистически не значимы ($p = 0,8$). Чаще всего выявлялись антитела у детей с лимфаденопатией (36,3 %), острым лимфобластным лейкозом (20,5 %), тромбоцитопенической пурпурой (18,2 %).

Определение анти-ВЭБ IgG с помощью ИФА проведено у 29 детей, из которых положительные результаты выявлены у 20 (69 %), среди мальчиков у 71,4 %, среди девочек — у 66,7 % ($p = 0,98$). Также дополнительно определяли IgM у 20 пациентов (положительных результатов 2; 10 %). Частота выявления анти-ВЭБ IgG в различных возрастных группах: от 0 до 8 лет — 62 %, от 9 до 17 лет — 38 % ($p = 0,005$). Среди детей, проживающих в городе, частота серопозитивности составила 73 %, среди проживающих в сельской местности — 33,3 % ($p = 0,22$). Антитела к ВЭБ были выявлены у детей с лимфаденопатией (35 %), нейтропенией (25 %), тромбоцитопенической пурпурой (15 %).

Маркеры цитомегаловирусной инфекции выявлены у 30,9 %. Антитела выявлены у 66,7 %, из них только класса IgG — 93,5 %, только класса IgM — 4,4 %, совместно IgG и IgM — 2,2 %. ПЦР — положительна у 3,4 %, положительные результаты ПЦР соответствовали наличию антител у 33,3 %, выявлялись изолированно — у 66,7 %.

Серологические маркеры вируса Эпштейна — Барр выявлены у 14 % обследованных. Антитела выявлены у 69 %, только класса IgG — 90,5 %, только класса IgM — 4,8 %, совместно IgG и IgM — 4,8 %.

У 19 пациентов из 149 (12,8 %) в анамнезе отмечено наличие гемотрансфузий. Среди них 47,4 % имеют анти-ЦМВ IgG, ДНК ЦМВ — 10,5 %, анти-ВЭБ IgG и анти-ЦМВ IgG — 5,3 %, ДНК ВЭБ — 5,3 %. По сравнению с пациентами без гемотрансфузий, где положительных результатов было 37,6 %, у таких детей было выявлено 57,9 % положительных результатов исследования на маркеры ГВИ ($p = 0,014$). Маркеры к ВЭБ найдены у 10,5 % пациентов с гемотрансфузией и у 15 % без нее ($p = 1,0$).

Выводы

1. Чаще всего у пациентов детского гематологического стационара выявляются маркеры анти-ЦМВ (30,9 %) и анти-ВЭБ (14 %), к ВПГ 1, 2 маркеров не было выявлено. Несколько чаще (статистически не значимо) маркеры ГВИ выявлялись у мальчиков, чем у девочек.

2. Установлено, что у гематологических больных в возрасте от 0 до 8 лет лабораторные маркеры ВЭБ-инфекции определяются значимо чаще (62 %), чем у детей более старшего возраста от 9 до 17 лет (38 %; $p = 0,005$).

3. При наличии гемотрансфузий в анамнезе у гематологических больных, достоверно чаще определяются маркеры ЦМВ (анти-ЦМВ IgG, ДНК ЦМВ; $p = 0,014$), следовательно, гемотрансфузии являются фактором риска заражения ЦМВ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вирусные болезни [Электронный ресурс]: учеб. пособие / под ред. Н. Д. Ющука. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — <http://www.stud-medlib.ru/book/ISBN9785970435847.html>.
2. Педиатрия [Электронный ресурс]: учебник / под ред. Н. А. Геппе. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970410592.html>.
3. Герпесвирусные инфекции человека : руководство для врачей / под ред. В. А. Исакова. — СПб.: СпецЛит, 2013. — 2-е изд., перераб. и доп. — 670 с.
4. Тихомиров, Д. С. Лабораторная диагностика герпесвирусных инфекций у гематологических больных: автореф. дис. / Д. С. Тихомиров. — М., 2009.
5. Бокова, Т. А. Герпесвирусные инфекции у детей: современные возможности терапии: научная статья / Т. А. Бокова // Лечащий врач. — 2015. — № 6. — С. 37–40.

УДК 616.98-022.7:579«2013-2017»

СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ РОЖЕЙ, ЗА ПЕРИОД С 2013 ПО 2017 ГГ.

Пасечник С. П., Повжик К. С.

Научный руководитель: ассистент А. Л. Свенцицкая

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Рожа — одно из самых распространенных инфекционных заболеваний человека. Характеризуется интоксикацией, лихорадкой, наличием местного очага серозно-геморрагического воспаления кожи и склонностью к рецидивирующему течению [1].

В соответствии с данными литературы последних лет, рожа относится к числу наиболее распространенных стрептококковых инфекций (12–20 на 10 тыс. населения) [2].

По характеру местных проявлений выделяются следующие формы рожи: эритематозная, эритематозно-буллезная, эритематозно-геморрагическая, буллезно-геморрагическая [3]. Клиническая картина рожи зачастую носит тяжелый и осложненный характер, при этом возможности адекватной терапии остаются ограниченными [4].

Проведенные ранее многочисленные исследования подтверждают важную роль коморбидной патологии при роже, а именно, в патогенезе, клинических проявлениях, лечебной тактике и прогнозе. Изучение проблемы коморбидных состояний у пациентов, страдающих рожей оказывает прямое влияние на эффективность проводимой терапии и профилактики и, следовательно, имеет высокую актуальность и значимость для науки и практики [5]. Заболевание регистрируется преимущественно в старших возрастных группах [6].