

В первый день сыпь появилась у 63,5 % детей, у 36,5 % детей она отмечалась на 2–3 день болезни. У всех пациентов сыпь мелкоточечная, расположенная на гиперемированном фоне кожи. Места наиболее частой локализации: кожа лица (кроме носогубного треугольника), туловища и сгибательные поверхности конечностей, со сгущением в области естественных складок кожи: подмышечных, паховых, локтевых, подколенных областях. Сыпь исчезала на 3–5 сутки, в среднем $3,9 \pm 0,1$ дней, не оставляя пигментации. С 5–6 дня болезни у 19,2 % детей отмечалось мелкое, отрубевидное шелушение на лице, туловище и пластинчатое на ладонях и подошвах. У 30 % пациентов наблюдалось увеличение печени: на 0,5–2 см выступала за край реберной дуги, увеличение селезенки ни у одного пациента не отмечалось.

Анализ данных периферической крови позволил выявить типичные для скарлатины изменения: умеренный лейкоцитоз (среднее значение лейкоцитов $10,06 \times 10^9$), сдвиг лейкоцитарной формулы влево у 37,1 % больных. Отмечалось повышение СОЭ: 39,7 % более 10 мм/ч, у 37,1 % составляла от 10 до 20 мм/ч и у 23,2 % — превышала 20 мм/ч.

Проба на антистрептолизин была взята у 7 пациентов, у 5 из них результат отрицательный, у одного из пациентов результат — 5 ед/мл, у второго 7 ед/мл.

Всем пациентам проводилась антибактериальная терапия по схеме: азитромицин 250 мг 1 раз в день; 87,3 % также получало внутримышечно пенициллин, цефотаксим. Длительность курса составила в среднем $7,4 \pm 0,1$ дней.

На фоне проводимой антибиотикотерапии у всех пациентов не отмечалось никаких осложнений и 100 % были выписаны с выздоровлением под наблюдением участкового педиатра. Среднее число койко-дней: $6,71 \pm 1,72$.

Выводы

Скарлатина в современных условиях протекает типично, с характерными клиническими симптомами. Тяжелые формы болезни не встречаются. Наиболее часто скарлатиной болеют дети дошкольного возраста от 3 до 6 лет. В первый день сыпь появилась у 63,5% детей, у 36,5% детей она отмечалась на 2–3 день болезни. У 19,2 % детей отмечалось слабо выраженное шелушение кожи на фалангах пальцев, ладонях, ступнях и боковых поверхностях туловища с 6–7 дня болезни. Благодаря своевременно проводимой антибактериальной терапии все пациенты были выписаны с выздоровлением, осложнений на сердце, почки и суставы выявлено не было.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шестакова, И. В. Инфекционная заболеваемость в России в 2000–2015 гг.: успех или провал / И. В. Шестакова // Научно-практический журнал. — 2017. — Т. 20, № 3. — С. 11–20.
2. Жолдошбекова, Ж. Ж. Скарлатина у детей на современном этапе / Ж. Ж. Жолдошбекова, А. Т. Шайымбетов // Вестник КГМА им. И. К. Ахунбаева. — 2017. — № 1. — С. 161–164.
3. Астапов, А. А. Учебно-методическое пособие БГМУ / А. А. Астапов, Р. Н. Манкевич. — Минск, 2014. — Т. 40, № 3. — С. 10.
4. Клиническая характеристика современной скарлатины у детей, госпитализированных в стационар / Л. М. Илунина [и др.] // Научно-практический журнал. — 2007. — Т. 20, № 3. — С. 128–132.

УДК 616.35-002-003.12:612.392.45

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С, ОСЛОЖНЕННОГО СИНДРОМОМ ПЕРЕГРУЗКИ ЖЕЛЕЗА

Сковородко В. А., Микитюк А. В.

Научный руководитель: д.м.н., доцент *Е. Л. Красавцев*, к.м.н., доцент *О. Л. Тумаш*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

На сегодняшний день одной из ведущих причин хронических диффузных заболеваний печени является вирусный гепатит С. Его опасность обусловлена преимуще-

ственно бессимптомностью ранних стадий с медленным течением и переходом на малокурабельные осложнения — цирроз печени (ЦП). Отмечается разная скорость прогрессирования хронических гепатитов среди пациентов, что связано с рядом факторов. Большое влияние на течение хронического вирусного гепатита С (ХГС) оказывают метаболические нарушения, в том числе синдром перегрузки железом.

Проблема синдрома перегрузки железом (СПЖ) при HCV-инфекции широко обсуждается в связи с доказанной ролью данного синдрома как кофактора прогрессирования ХГС до цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК) [1, 2].

Факт ассоциации ХГС и СПЖ сегодня не вызывает сомнения [3]. А. М. Di Bisceglie и соавт. одними из первых показали, что у 36 % больных ХГС отмечается повышение уровня сывороточного железа с аккумуляцией его в гепатоцитах и печеночных макрофагах [4]. В последующем на группе из 209 больных ХГС было продемонстрировано, что в 42 % наблюдений отмечалось накопление железа в печени [5]. В этой работе также была показана взаимосвязь между индексом гистологической активности по METAVIR и степенью аккумуляции железа в печеночных клетках и клетках Купфера, при этом отложение железа чаще наблюдалось у больных на стадии ЦП. В целом по результатам многочисленных исследований избыточное накопление железа в печени у больных ХГС наблюдается часто — в 7–32 % наблюдений [6, 7].

Цель

Изучение клинико-биохимических особенностей и эффективности комбинированной терапии у пациентов с поражением печени вирусом гепатита С и синдромом перегрузки железом.

Материал и методы исследования

Нами был проведен анализ историй болезни 10 пациентов, проходивших лечение на базе «УЗ Гомельская областная инфекционная клиническая больница» в период с 2012 по 2019 гг., у которых был диагностирован хронический вирусный гепатит С с синдромом перегрузки железом. Вирусная этиология заболевания подтверждена наличием маркера вирусного гепатита — анти HCV у 10 пациентов, а также выявлением РНК HCV у 2 пациентов в крови методом полимеразной цепной реакции.

Результаты исследования и их обсуждение

В исследованной группе мужчины составили 90 %, женщины — 10 %. Средний возраст обследуемых — 50,3 года. По длительности заболевания пациенты были разделены на 3 группы: 5 пациентов с длительностью заболевания до 5 лет составили первую группу, 1 пациент с длительностью заболевания 5–10 лет — вторую группу и 4 человека с длительностью заболевания более 10 лет — третью группу.

При исследовании биохимических показателей крови наиболее часто встречался синдром цитолиза. Повышение АлаТ обнаружено у 60 %, АсАТ у 80 % пациентов. Активность АлаТ увеличилась почти в 4,5 раза и в среднем составила 176,83 Ед/л, в то время как средний уровень АсАТ увеличился в 3 раза и составил 116,14 Ед/л.

Изучение холестатического синдрома выявило повышение показателей билирубина у 60 % обследуемых. Средний уровень данного показателя более чем в 2 раза превышает норму. Максимальное значение составило 165,7 мкмоль/л, минимальное — 7,8 мкмоль/л. При этом уровень щелочной фосфатазы превышал норму значительно реже — в 3 (30 %) случаях, максимальное значение — 471,6 Е/л, средний уровень по показателю — 175,26 Е/л.

Помимо этого, у 50 % пациентов зафиксировано повышение тимоловой пробы, как проявление мезенхимально-воспалительного синдрома. Среднее значение показателя составило 5,35 единиц. Минимальное — 0,9 единиц, максимальное — 11,9 единиц.

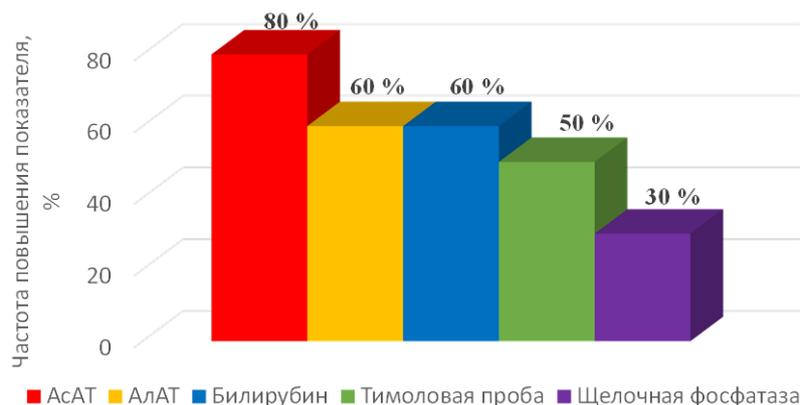


Рисунок 1 — Частота выявления повышенных биохимических показателей крови у пациентов с ХВГ С

Анализ распространенности нарушения липидного обмена выявил высокую частоту дислипидемии у значительной части выборки. У 30 % отмечалось повышение общего холестерина, а у 40 % повышение бета-липопротеидов, максимальное значение — 70, среднее значение ЛПНП — 45,58.

Гиперпротеинемия отмечалась лишь у одного пациента, уровень общего белка у него составил 165,7, в то время как снижение альбумина наблюдалось в 30 % случаев, средний уровень альбумина составил 38,4 г/л, самым низким уровнем является 31,1 г/л.

Изучение системы гемостаза путем оценки показателей международного нормализованного отношения и протромбинового индекса значимых отклонений не выявило.

Сниженное количество эритроцитов, их объема и количества гемоглобина в эритроците имело незначительную встречаемость (10 %). В то время как повышение HGB — 30 %, среднее значение показателя составило 147 г/л, минимальное значение — 115 г/л, максимальное — 182 г/л.

У половины обследуемых наблюдалось снижение гематокрита в среднем на 10 % от нормы, что свидетельствует в пользу гипергидратации на фоне вирусной инфекции (минимальное значение составило 33,46). Незначительное изменение средней концентрации гемоглобина в эритроците, как еще одного маркера дисфункции печени, обнаружено у 30 % пациентов, максимальное значение МСНС 379 г/л.

У части пациентов ХВГ С перешел в стадию цирроза печени, в связи с этим среди обследуемых было выделено 2 группы: группа 1 — пациенты с циррозом печени — 4 (40 %) человек, группа 2 — пациенты без цирроза — 6 (60 %) человек. Для оценки метаболизма железа определяли содержание в крови сывороточного железа и ферритина. Как в первой, так и во второй группе в 50 % случаев зафиксировано повышение уровня сывороточного железа. Среднее значение показателя в группе 1 — 32,925 мкмоль/л (минимальное значение — 21 мкмоль/л, максимальное — 54,3 мкмоль/л), среднее значение в группе 2 — 33,124 мкмоль/л (минимальный показатель 11,92 мкмоль/л, максимальный показатель — 44 мкмоль/л).

Показатели ферритина были высокие в обеих группах, у 100 % пациентов с циррозом показатель повышен, средний уровень — 532 Мкг/л (минимальный — 508 Мкг/л, максимальный — 567 Мкг/л). Во второй группе в 90 % случаев наблюдалось повышение ферритина, среднее значение по группе — 459,88 Мкг/л (минимальное значение 96,3 Мкг/л, максимальное — 543 Мкг/л).

Проведенное исследование показало, что у пациентов обеих групп обнаружена одинаковая встречаемость повышения уровня сывороточного железа крови (50 %), повышенные показатели ферритина на 10 % чаще встречаются в группе с циррозом. Та-

ким образом, признаки СПЖ выявлены у 90 % обследуемых. При ХВГ С наличие синдрома перегрузки железом усиливает степень некровосполнительных изменений в печени, что способствует быстрым темпам прогрессирования хронического вирусного гепатита.



Рисунок 2 — Среднее значение обмена железа в сопоставимых группах

Согласно результатам ультразвуковой диагностики, распространенность гепатомегалий составила 90 %, что отражается в изменениях показателей КВР (178, 162, 187, 154, 167), ПЗРп (171, 160, 142, 135), ПЗРл (92, 110, 77, 103, 100, 78, 83) и ККР (106, 128). У 50 % больных обнаружены диффузные изменения печени, проявляющиеся усилением эхосигналов. Увеличение размеров селезенки при сохранении однородной структуры и обычной эхогенности зафиксировано в 70 % случаев. Воротная вена незначительно увеличена в диаметре у 10 % обследуемых и составляет 15 мм, что на 26 % превышает норму.

Для оценки эффективности проводимой противовирусной терапии пациенты, получавшие специфическое лечение, были разделены на две группы. Пациенты первой группы получали терапию пепилированным интерфероном альфа-2 и рибавирином, данная группа составила 40 % от общего числа обследуемых, вторая группа составила 50 % и в качестве терапии получала современную противовирусную терапию (ПВТ).

Назначение комбинации ПЕИ-ИФ + рибавирин не дало должного терапевтического эффекта в 75 % случаев, лишь у 25 % наблюдалась вирусологическая ремиссия. В то время, как применение препаратов ПВС дало в 100 % устойчивый вирусологический ответ.

Выводы

1. Для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С характерны выраженные цитолитический, холестатический и мезенхимально-воспалительный синдромы, что проявляется повышением лабораторных показателей цитолиза (АсАТ, АлАТ) более чем в 3 и 4,5 раза (среднее значение по показателю АсАТ — 116,14 Ед/л, АлАТ — 176,83 Ед/л), повышение билирубина более 2 раз от нормы и ЩФ (среднее значение по показателю 175,25 Е/л) как показателей холестаза, а также увеличение тимоловой пробы (среднее значение по показателю 5,35 ед), как проявление мезенхимально-воспалительного синдрома.

2. У 30 % обследуемых зафиксированы гипоальбуминемия (минимальный показатель 31,1 г/л) и гиперхолестеринемия (максимальный показатель 5,8 мкмоль/л.)

3. При детальном анализе изменений параметров красной крови у 50 % пациентов выявлено снижение гематокрита в среднем на 10 % от нормы, что свидетельствует в пользу гипергидратации на фоне вирусной инфекции (минимальное значение — 0,346). В то время как повышение HGB и МСНС обнаружено у 30 % пациентов (максимальное значение HGB — 182 г/л, МСНС — 379 г/л), что является еще одним маркером дисфункции гепатоцитов.

4. Для пациентов с ХВГ С характерна большая распространенность гепатомегалий с повышенной эхогенностью (90 %) и спленомегалий при сохранении неизменной эхогенности.

5. Частота УВО в группе больных, получавших ПВТ, составила 100 %, в группе, получавшей ПЕГ ИФ 10 %, что на 90 % превышает результаты группы 1, получавшей терапию ПЕГ ИФ в комбинации с рибавирином.

ЛИТЕРАТУРА

1. Natural history and predictors of disease severity in chronic hepatitis C / J. Massard [et al.] // J. Hepatol. — 2006. — Vol. 44. — P. 19–24.
2. Hepatic iron accumulation is associated with disease progression and resistance to interferon/ribavirin combination therapy in chronic hepatitis C / N. Fujita [et al.] // J. Gastroenterol. Hepatol. — 2007. — Vol. 22. — P. 1886–1893.
3. Iron overload in patients with chronic hepatitis C: a clinicopathologic study / S. Haque [et al.] // Hum. Pathol. — 1996. — Vol. 27. — P. 1277–1281.
4. Measurements of iron status in patients with chronic hepatitis / A.M. Di Bisceglie [et al.] // Gastroenterology. — 1992. — Vol. 102. — P. 2108–2113.
5. Liver iron accumulation in patients with chronic active hepatitis C: Prevalence and role of hemochromatosis gene mutations and relationship with hepatic histological lesions / C. Hezode [et al.] // J. Hepatol. — 1999. — Vol. 31. — P. 979–984.
6. Iron overload in patients with chronic hepatitis C virus infection: clinical and histological study / I. S. Soria [et al.] // J. Gastroenterol. Hepatol. — 2005. — Vol. 20. — P. 243–248.
7. Alla, V. Iron in nonhemochromatotic liver disorders / V. Alla, H. L. Bonkovsky // Semin. Liver Dis. — 2006. — Vol. 25. — P. 461–472.

УДК 616.98:578.835(472.2-25) «2012/2018»

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В Г. ГОМЕЛЕ В ПЕРИОД С 2012 ПО 2018 ГГ.

Сотникова В. В., Колесникова К. И.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *О. Л. Тумаиш*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Энтеровирусные инфекции — группа заболеваний, вызываемых различными серотипами энтеровирусов, характеризующихся лихорадкой и полиморфизмом клинических симптомов, обусловленным преимущественным поражением ЦНС, сердечнососудистой системы, желудочно-кишечного тракта, мышечной системы, высокой контагиозностью и имеющим выраженный сезонный характер.

Разнообразие по своей этиологии и клиническим проявлениям энтеровирусные инфекции неспинальной природы относятся к числу неуправляемых инфекционных болезней человека. Они представляют сегодня серьезную проблему здравоохранения практически всех стран мира, что обусловлено наметившейся тенденцией к активизации эпидемического процесса с развитием тяжелых клинических форм (менингитов, энцефалитов, кардитов, гепатитов и др.). Повсеместно ежегодно регистрируются вспышки энтеровирусной инфекции в период сезонного подъема заболеваемости (апрель — октябрь) [2].

Одной из особенностей этих инфекций является здоровое вирусоносительство, в результате чего может наблюдаться возникновение спорадических форм и массовых заболеваний среди детей младшего и старшего возраста [1]. Стоит отметить, что один и тот же энтеровирус может вызывать несколько различных клинических синдромов так же, как и один синдром может вызываться энтеровирусами нескольких типов [3].

Цель

Провести анализ заболеваемости энтеровирусной инфекцией в городе Гомеле в период с 2012 по 2018 гг.