

**УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
СУМСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАДМІНІСТРАЦІЇ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
НАУКОВО-МЕДИЧНЕ ТОВАРИСТВО ІНФЕКЦІОНІСТІВ
ОБЛАСНА КЛІНІЧНА ІНФЕКЦІЙНА ЛІКАРНЯ**

**ВІРУСНІ ГЕПАТИТИ:
НОВЕ В ДІАГНОСТИЦІ І ЛІКУВАННІ
Матеріали обласної науково-практичної
конференції
(22 червня 2000 року)**

Суми Вид-во СумДУ 2000

УДК 616.36-002-022.6-07-08

Редакційна колегія:

доцент Н. І. Льїна, доцент М. Д. Чемич

**ВІРУСНІ ГЕПАТИТИ: НОВЕ В ДІАГНОСТИЦІ І
ЛІКУВАННІ: Матеріали обласної науково-практичної конференції
інфекціоністів (22 червня 2000 р., м. Суми).
Суми: Вид-во СумДУ, 2000. - 45 с.**

У матеріалах конференції відображені актуальні питання вірусних гепатитів. Подані матеріали особливостей епідемічного процесу. Особливу увагу приділено клініко-діагностичним аспектам вірусних гепатитів.

Матеріали конференції будуть корисні для інфекціоністів, епідеміологів, терапевтів та лікарів інших спеціальностей.

СОНМТІ, СумДУ, 2000

П. О.Павлюк

Медико-соціальні аспекти вірусних гепатитів Обласне управління охорони здоров'я, м. Суми

Вірусні гепатити займають одне з перших місць в патології людини. За кількістю хворих та працевтрат вони поступаються лише грипу та гострим респіраторним вірусним інфекціям.

Щорічно в світі від станів, пов'язаних з вірусним гепатитом В, помирає близько 2 млн. чоловік. Кожні 15-20 років від вірусних гепатитів В та С гине більше населення, ніж за всю другу світову війну. Недарма вірусні гепатити вважаються не меншою проблемою нашого сторіччя, ніж СНІД.

За своєю медичною значимістю та розміром економічних збитків вірусні гепатити займають провідне місце в інфекційній патології України та країн СНД. Щорічно число захворілих на гострі вірусні гепатити досягає одного мільйона чоловік. Економічні витрати від цього складають близько мільярда доларів в рік, що складає половину витрат на всі інфекційні захворювання. Значна частина їх припадає на Україну.

Вірусні гепатити В, С і Д – найбільш тяжкі форми гепатитів. Вони можуть призводити до хронізації з наступним формуванням цирозу печінки, первинного раку печінки і летальних вислідків. Відмічається висока смертність серед вагітних жінок при вірусному гепатиті Е.

Якщо раніше, до 1995 року, причиною розповсюдження парентеральних форм гепатитів були медичні маніпуляції, то останнім часом все більшу питому вагу займають наркоманія та статевий шлях передачі. Тому в найближчі роки слід очікувати значний підйом захворюваності вірусними гепатитами серед населення держави.

Прогрес у діагностиці вірусних гепатитів став можливим завдяки успіхам молекулярної біології та генної інженерії в області вірусології. Але лікування хворих вважається надзвичайно важким завданням в зв'язку з відсутністю етіотропних препаратів.

Проблема вірусних гепатитів сьогодні є загальною для всіх ланок системи охорони здоров'я і потребує неухильної уваги з боку як головних лікарів, так і лікарів усіх спеціальностей.

М. Д. Чемич

**Епідеміологічні особливості вірусних гепатитів А та В
в сучасних умовах
Державний університет, м. Суми**

Вірусні гепатити (ВГ) по частоті ураження займають друге місце після грипу і ГРЗ. За даними ВООЗ біля однієї третини населення світу інфіковано вірусами гепатиту. Щодо гепатиту В: 50 млн. чоловік щорічно інфікуються та біля 2 млн. гинуть (біля 100 тис. від блискавичної форми, 500 тис. від тяжкого ВГ, 700 тис. від цирозу печінки та від інших уражень печінки).

Захворюваність ВГВ у країнах світу різна. Так, країни Центральної, Південної та Західної Європи, Австралії низькоепідемічні: антитіла виявляються в 4-6% населення і кількість вірусоносіїв становить 0,1-0,5%. Східна і Південна Європа, Середній Схід, Південно-Східна Азія, Південна та Центральна Африка середньоепідемічні: тут маркери ВГВ виявляють у 20-40% населення, носійство становить 1-7%. Більшість країн екваторіального та тропічного клімату в Африці та Південній Америці (особливо в басейні Амазонки) – гіперепідемічні: маркери ВГВ тут виявляють у 70-90%, вірусоносійство – в 8-20% населення.

В Україні в останні роки намітилася тенденція до зниження захворюваності ВГВ, але її рівень залишається досить високим. Так, з 1994 р. до 1999 р. захворюваність знизилася з 24,2 до 16,7 на 100 тис. населення. Дійсна ж кількість хворих ВГВ у 5-6 разів перевищує дані офіційної статистики. Кількість носіїв становить більше 1 млн. чоловік. За даними К.Г.Бардаха та співавторів, маркери ВГВ виявлені в 33,3% обстежених медичних працівників, у 26,8% пацієнтів лікувальних закладів, у 49,5% хворих

венеричними хворобами, в 77,2% ін'єкційних наркоманів та у 14,5% донорів.

ВГА має високу контагіозність (індекс наближається до 1,0) і розповсюджений повсюди, але особливо великий ризик зараження в країнах екваторіального і тропічного поясів, де має місце дефіцит води, погана система каналізації, водопостачання, незадовільний стан навколишнього середовища і низький рівень гігієни. В країнах Центральної та Північної Європи в 20-40% населення виявляють антитіла, в Східній та Південній Європі - в 80-90%, в Південно-Східній Азії практично всі особи старше 5-10 років інфіковані. Внаслідок розповсюдження хвороби більшість людей встигають перехворіти жовтяничною або безжовтяничною формою до 14 років. За віковою структурою захворюваності ВГА наближається до дитячих інфекцій. В Україні найбільша захворюваність за останні 6 років зареєстрована в 1995 р. - 288,2 на 100 тис. населення.

Метою роботи було провести аналіз захворюваності ВГ А і В в Сумській області, з'ясувати їх епідеміологічні особливості.

Проведено аналіз захворюваності ВГА в Сумській області з 1994 по 1999 р.р. Найвищий рівень захворюваності відмічався в 1996 р., коли перехворіло 3195 осіб, співвідношення дорослі-діти склало 2,2:1. Частіше хворіли жителі міста, співвідношення міські-сільські жителі - 1,8:1. Найнижчий рівень захворюваності був у 1999 р., коли захворіло 500 чоловік, при цьому захворюваність в порівнянні з 1998 р. зменшилася на 2/3, а з 1996 р. - в 6,1 разів. Співвідношення дорослі-діти склало 5,3:1, міські-сільські жителі - 1,24:1. За взятий для аналізу період часу відмічалось поступове вирівнювання захворюваності між міськими та сільськими мешканцями: 1994 р. - 2,3:1, 1995 р. - 2,0:1, 1996 р. - 2,2:1, 1997 р. - 1,4:1, 1998 р. - 1,07:1, 1999 р. - 1,24:1. Найвища захворюваність відмічалася в містах Суми, Шостка, Конотоп, Ромни і коливалася від 226,4 до 37,1 на 100 тис. населення. По районах області найвища захворюваність була в Ахтирському, Тростянецькому та Краснопільському. Щорічно тут реєструвалося більше 100

випадків захворювання, особливо в Роменському (1994 р. – 152, 1995 р. – 136, 1996 р. – 123, 1997 р. – 120, 1998 р. – 121 випадків) і в Краснопільському (1995 р. – 180, 1996 р. – 123, 1997 р. – 113 випадків). В 1999 р. у цих районах кількість захворівших не перевищувала середніх даних по області. Спостерігалось чітке переважання дорослого населення над дитячим за весь період спостереження: 1994 р. – 1,9:1, 1995 р. – 2,0:1, 1996 р. – 2,2:1, 1997 р. – 2,7:1, 1998 р. – 3,1:1, 1999 р. – 5,3:1.

За даними СОКІЛ у 1996 р. у стаціонарі отримали допомогу 246 хворих. Основний контингент – це вікова група від 7 до 35 років. Склад: 0-7 років – 6,5%, 7-14 років – 29,6%, 14-25 років – 24,5%, 25-35 років – 23,1%, 35-45 років – 13,8%, 45-55 років – 2,5%. Співвідношення чоловіки-жінки було приблизно 1:1. Середня кількість ліжко-днів, проведених у стаціонарі, 17,2, причому для жінок показник 17,9, чоловіків – 16,4. Кількість госпіталізованих в стаціонар збільшувалася з червня по вересень. У 1998 р. кількість госпіталізованих була 29. Основний контингент знову ж люди віком від 7 до 35 років (79%). Середня кількість ліжко-днів, проведених в стаціонарі, 17,7, причому для жінок цей показник 18,3, для чоловіків – 17,5. Співвідношення госпіталізованих чоловічої та жіночої статі – 2,6:1.

Аналізуючи захворюваність ВГВ в Сумській області, слід відмітити, що загальна захворюваність коливалася від 7,6 до 9,1 на 100 тис. населення, а в абсолютних числах від 102 до 125. Якщо порівнювати з даними в Україні, де захворюваність з року в рік зменшувалася (від 25,44 на 100 тис. населення в 1995 р. до 16,74 на 100 тис. в 1999 р.), то в Сумській області захворюваність знаходилася приблизно на одному рівні: $8,4 \pm 0,8$ на 100 тис. населення. Основну групу хворих ВГВ у Сумській області склали дорослі. Кількість дітей, уражених ВГВ, 23. Кількість хворих, що були госпіталізовані в СОКІЛ, склала в 1998 р. 44 особи. Співвідношення чоловіки-жінки є приблизно 1,1:1. Середня кількість ліжко-днів, проведених в стаціонарі, 20,3. Для чоловіків цей показник 22,4, для жінок – 18,0. Основний відсоток

захворівших (59%) припадає на вік 14-35 років. Сезонності не виявлено. Серед шляхів передачі основними були ін'єкційний – 24%, потім – хірургічний і при стоматологічних маніпуляціях (відповідно 17% і 10,8%). Практично в половині випадків (48%) шляхи передачі не встановлені.

ВИСНОВКИ

1. Враховуючи періодичність захворюваності ВГА, в найближчий час слід очікувати її підвищення.
2. Захворюваність ВГА під час максимального підйому була нижче в Сумській області, ніж в Україні, а при зниженні не відрізнялася від середніх даних в Україні.
3. Рівень захворюваності ВГА серед міських мешканців вищий, ніж серед сільського населення.
4. Серед хворих ВГА значно переважає доросле населення.
5. При підйомі захворюваності ВГА кількість захворівших чоловіків і жінок знаходиться на одному рівні, а під час спаду переважають чоловіки.
6. Захворюваність ВГВ в Сумській області значно нижче, ніж в Україні, і знаходиться практично на одному і тому ж рівні.
7. Вік хворих, що були госпіталізовані з ВГА і ВГВ, в більшості випадків складає 7-35 років.
8. Тривалість перебування чоловіків у стаціонарі з ВГВ більша, ніж жінок.
9. Основний шлях передачі ВГВ – це ін'єкційний. До цього часу відмічається значна кількість випадків зараження ВГВ при хірургічних втручаннях і стоматологічних маніпуляціях.

В. М. Бутенко, Г. С. Зайцева

**Професійна захворюваність вірусним гепатитом В
медичних працівників міста Суми**

Міська санітарно-епідеміологічна станція, м. Суми

Професійна діяльність медичних працівників пов'язана з можливим інфікуванням численними збудниками хвороб.

Проблема професійного вірусного гепатиту В є чи не найбільш актуальною, зважаючи на тривалий і тяжкий перебіг захворювання, несприятливі близькі та віддалені наслідки.

Враховуючи, що джерелом інфекції є хворі гострим і хронічним гепатитом В та вірусоносії, а розповсюдженість інфекції надзвичайно велика (в світі 2 млрд. населення було інфіковано, 300-350 млн. осіб залишилися носіями), можна вважати, що кожен медичний працівник під час роботи контактує з інфікованими HBV.

У м. Суми, починаючи з 1993 року, відбувається інтенсифікація епідемічного процесу вірусного гепатиту В. Захворюваність щороку зростає (максимальний показник – 26,4 на 100 тис.), а кількість виявлених носіїв HBsAg досягла 1,5 тис. (0,5%). Оскільки територія відноситься до регіону з проміжною поширеністю хвороби, для якої характерно 2-7% вірусоносіїв, а обстежити все населення немає змоги, ймовірно, що фактична кількість уражених у місті значно більша.

Такий рівень інфікування та наявність можливостей реалізації механізму передачі в лікувально-профілактичних закладах є причиною ускладнення ситуації щодо професійного захворювання вірусним гепатитом В.

В період з 1989 по 1999 р.р. в місті захворюваність медичних працівників вірусним гепатитом В становила від 25,6 до 60,5 на 100 тис. Аналіз захворюваності контингентів різних професійних груп свідчить, що персонал лікувально-профілактичних закладів в 1,6-6,2 разів (в різні роки) хворіє частіше, ніж решта дорослого населення. Питома вага виявлених щорічно носіїв HBsAg серед медичних працівників становить 0,7-1,2% (1994-1998 р.р.), що в 2,5 рази більше, ніж серед донорів (за результатами серологічного обстеження окремих контингентів).

Поширення захворювання серед працівників різних медичних спеціальностей нерівномірне. За 10 останніх років зареєстровано 45 випадків гострого вірусного гепатиту В серед медичних працівників, в т.ч. захворіло 14 лікарів (31,1%), 26

медичних сестер (57,8%), 5 молодших медичних сестер (11,1%).

Традиційно найбільш небезпечними в плані професійного інфікування є хірургічні відділення для дорослих та пологові стаціонари. Інфікованість HBV медичних працівників у них становить 2,5-2,8%. Найбільше захворілих зареєстровано в хірургічних відділеннях – 10 осіб (4 лікарів, 6 медсестер), відділеннях реанімації – 6 осіб (2 лікарів, 4 медсестри), акушерсько-гінекологічних стаціонарах – 5 (2 лікарів, 3 медсестри). Якщо в хірургічних стаціонарах частіше хворіють лікарі та медсестри, то в терапевтичних – медсестри (8) та молодші медсестри (3), що пов'язано з особливостями виконуваної роботи. Інфікованість медичних працівників вказаного профілю є також значною, що підтверджує високу епідемічну небезпеку в їх професійній діяльності.

Приведені дані є об'єктивним, хоча і неповним (через відсутність адекватного лабораторного моніторингу) підтвердженням ризику інфікування, обумовленого професійною діяльністю.

Ризик інфікування медичних працівників зумовлений контактами з кров'ю та іншими біологічними рідинами пацієнтів. Інфікованість HBV медичних працівників, які в своїй роботі мають контакт з кров'ю, становить близько 3%. Дані епідеміологічного розслідування випадків вірусного гепатиту В свідчать, що 93% медичних працівників, які захворіли протягом інкубаційного періоду, мали контакт з інфікованим матеріалом. Практично всі вони відмічали наявність протягом останніх 6 місяців пошкодження шкіри (проколи, порізи) під час надання допомоги пацієнту чи при обробці використаного інструментарію. Не виключається можливість інфікування при роботі без засобів індивідуального захисту шкіри та слизових оболонок (гумові рукавички, окуляри), особливо при наявності мікротравм, адже мінімальний об'єм крові, необхідний для передачі інфекції, складає 10^{-7} мл, а ризик зараження при порушенні цілості шкіри 30-60%.

Попередження професійних захворювань вірусним гепатитом В можливе. Профілактичні заходи повинні бути спрямовані на переривання парентерального механізму передачі та на створення імунітету до інфекції в працівників. Досягти цього можна при покращенні забезпечення лікувально-профілактичних закладів одноразовими медичними інструментами і засобами індивідуального захисту медпрацівників та проведенні вакцинопрофілактики вірусного гепатиту В медичним працівникам "групи ризику".

Р. М. Ель-Шокрі

Класифікація гострих та хронічних вірусних гепатитів

Державний університет, м. Суми

Актуальність захворювань печінки зумовлена їх широкою розповсюдженістю та ураженням осіб молодого віку з розвитком важких ускладнень і наслідків. В останні роки змінилася етіологічна структура парентеральних вірусних гепатитів з переважанням ВГС і ВГД. Крім вірусних гепатитів є група аутоімунних і хронічних гепатитів, які не диференціюються. Це зумовлює проблему хронічних гепатитів на сьогодні як на етапі дільничої служби та диспансерного нагляду, так і в стаціонарі. Вірусні гепатити є однією з основних причин рака печінки.

КЛАСИФІКАЦІЯ ГОСТРИХ ГЕПАТИТІВ

1. Етіологічні види:

Фекально-оральні: А, Е.

Парентеральні: В, С, D, F, G.

2. Форми: жовтянична, безжовтянична, субклінічна, інапарантна, фулмінантна.

3. За циклічністю перебігу: гострий, затяжний (підгострий), хронічний.

4. За ступенем тяжкості: легкий, середній, тяжкий, дуже тяжкий.

5. Ускладнення: гостра печінкова енцефалопатія, загострення (клінічне, ферментативне), функціональні та запальні захворювання жовчовивідних шляхів.

6. Наслідки: видужання, залишкові явища (астеновегетативний синдром, гепатомегалія), зтяжна реконвалесценція, гіпербілірубінемія, хронічний гепатит, цироз печінки (ЦП), первинний рак печінки.

КЛАСИФІКАЦІЯ ХРОНІЧНИХ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ

ХГВ (ХГС) – запальне захворювання печінки, яке викликається вірусами гепатиту В (HBV) і С (HCV), триває 6 місяців та більше і може привести до ЦП або бути асоційованим з ЦП.

Примітка: «бути асоційованим з ЦП» найбільш ймовірно означає наступні варіанти:

ХГВ (ХГС) приєднується до ЦП іншої етіології, що вже є у хворого;

ХГВ (ХГС) перебігає паралельно з ЦП однойменної природи і визначає ступінь активності процесу (не стадію!);

ХГD – запальне захворювання печінки, що викликається вірусом гепатиту D (HDV) в поєднанні з HBV-інфекцією, триває 6 місяців та більше і може привести до ЦП або бути асоційованим з ЦП.

Важкість перебігу визначається стадією ХГ, критерієм якої є розповсюдженість фіброза в печінці і розвиток ЦП (за морфологічними даними). Виділено декілька стадій ХГ від 0, коли фіброз відсутній, до IV, коли вже сформувався цироз печінки.

Ступінь активності некрозапального процесу при ХГ визначається так:

- мінімальний;
- слабо виражений;
- помірно виражений;
- виражений.

Клінічно активність некрозапального процесу в печінці оцінюється за рівнями АЛТ (більш інформативно за рівнем Р-білку). По величині цього показника розрізняють:

- м'яку форму ХГ – АЛТ < 3 норм;
- помірну – АЛТ від 3 до 10 норм;
- важку – АЛТ > 10 норм.

При хронічних вірусних гепатитах (зокрема при ГВ) необхідно встановити фазу вірусної інфекції: а) фаза реплікації; б) фаза інтеграції.

Н. І. Льїна

Деякі особливості сучасних парентеральних гепатитів
Державний університет, м. Суми

В загальній структурі захворюваності на гострі вірусні гепатити в останні роки зросла питома вага гепатитів з парентеральними шляхами зараження. В зв'язку з поширенням наркоманії склалася несприятлива епідеміологічна ситуація щодо вірусних гепатитів В і С. Останні складають серйозну проблему, оскільки можуть бути причиною хронічного гепатиту, цирозу печінки та гепатоцелюлярної карциноми.

Донедавна гострий вірусний гепатит В (ГВГВ) уражав переважно осіб старшого віку. В більшості випадків зараження здійснювалося парентеральним шляхом при різних медичних маніпуляціях. Клініка характеризувалася тяжким перебігом.

За даними літератури, вірусний гепатит С (ГВГС) передається також парентеральним шляхом. В переджовтяничному періоді превалюють артралгічний або астено-вегетативний синдроми. Перебіг хвороби переважно легкий, з безжовтяничною формою. Характерний багаторічний торпідний, латентний або малосимптомний перебіг.

Нами проаналізовані епідеміологічні особливості та клінічний перебіг ГВГВ і ГВГС у хворих, які лікувалися в Сумській обласній клінічній інфекційній лікарні в 1997-99 р.р. Під наглядом були 63 хворих на ГВГВ і 21 на ГВГС.

Серед хворих на ГВГВ було 56 (88,9%) дорослих і 7 (11,1%) дітей; з них 39 (61,7%) чоловіків, 24 (38,3%) жінок. В віці до 30 років було 40 (63,4%) осіб; від 31 до 40 – 11 (17,4%); решта – 12 (19,2%) – старше 40 років.

Діагноз верифікований знаходженням у крові методом ІФА НВsAg у 47 (77,8%) та анти НВсІgМ у 31 (47,5%) хворих.

У 14 (22,2%) осіб хвороба мала легкий перебіг, у 43 (68,2%) – середньотяжкий, у 7 (11,1%) – тяжкий.

Парентеральний шлях зараження встановлений у 22 (34,8%) хворих, статевий – у 17 (26,9%), у 24 (38,3%) шляхи зараження залишилися не з'ясованими.

У переджовтняничному періоді в 24 (38,3%) хворих переважав диспепсичний синдром, у 17 (26,9%) – астено-вегетативний, у 10 (15,8%) – артралгічний, у 3 (4,7%) – катаральний, у 9 (14,2%) – диспепсичні явища і артралгії. Тривалість цього періоду складала 3 – 14 днів.

Жовтняничний період характеризувався наявністю симптомів інтоксикації, які зникли у 29 (46,4%) хворих протягом 3-4 днів, у решти – на 7-8 день. У 10 (16,1%) хворих жовтяниця була інтенсивною, у 26 (41,2%) – помірною, у 27 (42,8%) – слабо вираженою. Збільшення печінки виявлено у 58 (90,1%) осіб.

Загальний білірубін крові становив $101,5 \pm 1,95$ мкмоль/л; АлАТ $1398,2 \pm 24,6$ од/л; АсАТ $1046 \pm 43,2$ од/л; гГТФ $156 \pm 0,79$ од/л (біохімічний аналізатор Cobas Emiga).

Тривалість перебування хворих у стаціонарі в середньому дорівнювала $22 \pm 2,6$ ліжко-дням.

При виписці з лікарні в 54,3% хворих залишалася помірно збільшеною печінка. У 12,7% хворих відмічалася гіпербілірубінемія ($34,1 \pm 1,1$ мкмоль/л).

Серед хворих на ГВГС переважали особи молодого віку – до 30 років було 18 (85,7%) та чоловіки – 18 (85,7%). Хвороба мала середньотяжкий перебіг у 19 (90,4%), важкий – у 2 (9,6%) хворих. Діагноз підтверджений знаходженням маркерів HCV за допомогою ІФА. Шляхи зараження: у 17 (81%) – парентеральний, у 2 (9,5%) – статевий, у 2 (9,5%) – не з'ясований. Із 21 хворого на ГВГС - 12 (57,1%) були ін'єкційними наркоманами.

У переджовтняничному періоді визначався диспепсичний синдром у 12 (57,1%) хворих, астено-вегетативний – у 4 (19%), артралгічний - у 2 (9,5%), змішаний – у 3 (14,3%).

Більшість хворих відчували слабкість, швидку втомлюваність, зниження працездатності. З них 10 (47,6%)

скаржилися на болі в печінці; 6 (28,6%) – на нудоту; 3 (14,2%) – на шкірний зуд. У 18 (85,4%) хворих була жовтяниця, яка тривала в межах 9-23 ($19,6 \pm 1,2$) днів. У 20 (95,2%) відмічалось збільшення печінки, у 4 (19%) була збільшеною селезінка.

Загальний білірубін крові становив $143,1 \pm 3,2$ мкмоль/л; прямий $70,2 \pm 2,1$ мкмоль/л; непрямий $55,6 \pm 1,4$ мкмоль/л; АлАТ $769,3 \pm 9,9$ од/л; АсАТ $516,25 \pm 16,2$ од/л. При виписці хворих загальний білірубін крові $16,5 \pm 1,6$ мкмоль/л; прямий $10,3 \pm 0,9$ мкмоль/л; АлАТ $288,5 \pm 83,1$ од/л; АсАТ $164,9 \pm 1,9$ од/л.

На підставі вище наведених даних можна зробити такі висновки: в останні роки ГВГС частіше вражає осіб молодого віку; зменшена питома вага парентерального шляху зараження; для хвороби характерний легкий або середньотяжкий перебіг. При ГВГС не виявлено певних клінічних ознак, властивих саме цій нозологічній одиниці. Хвороба частіше зустрічається в осіб молодого віку. Переважає парентеральний шлях зараження. Групу ризику на ГВГС складають ін'єкційні наркомани. Клінічний перебіг характеризується середньою тяжкістю з наявністю диспепсичного синдрому в переджовтяничному періоді в більшості хворих, вираженої інтоксикації, жовтяниці та гепатомегалії.

В.В. Рябіченко

Особливості перебігу гострих вірусних гепатитів з явищами холестазу

Обласна клінічна інфекційна лікарня, м. Суми

В перебігу гострого вірусного гепатиту (ВГ) розрізняють форми з переважанням цитолізу та з переважанням холестазу. Останній зустрічається в 0,5-1% випадків гострих форм.

Головними ознаками холестазу є стійкий свербіж шкіри (переважно в вечірній та нічний час), об'єктивним проявом якого є численні розчухи в різних ділянках тіла; пов'язане зі свербіжем порушення сну; ахолія та холурія. До лабораторних ознак відносять значне підвищення рівня білірубіну (за рахунок

зв'язаної фракції), лужної фосфатази, холестерину, жовчних кислот, фосфоліпідів при помірному підвищенні трансаміназ.

Проліковано 19 хворих ВГ з різними ступенями вираженості холестази. Чоловіків було 5 (ВГА-2, ВГВ-3), жінок – 14 (ВГА-5, ВГВ-9). Віковий склад хворих: до 15 років – 3, 15-20 років – 1, 21-30 років – 8, 31-40 років – 4, 41-50 років – 2, більш ніж 50 років – 1.

Залежності виникнення вірусного гепатиту з проявами холестази від пори року не виявлено (взимку – 6, весною – 2, злітку – 5, восени – 6).

За допомогою імунологічних методів ВГА встановлений у 7 хворих, ВГВ- у 12. Середньотяжкий перебіг був у 13, тяжкий – у 6 хворих. На наявність парентерального анамнезу гемотрансфузії, статеві зв'язки з хворівшими на ВГВ, оперативні втручання, лікування в стоматолога) вказали 10 хворих ВГВ (з 12), на безпосередній контакт з хворими на ВГА – 4 (з 7).

Троє хворих ВГ з тяжким перебігом мали супутню патологію (жовчнокам'яну хворобу: хронічний калькульозний холецистит; аутоімунний тиреоїдит та дифузний зоб 1-2 ст.; вторинний імунодефіцит та дискінезію жовчновивідних шляхів).

ВГ із вираженим холестазом діагностований у 4 хворих, з помірно вираженим холестазом – у 15.

Середня тривалість перебування хворих на ліжку склала три середньотяжкому перебігу 28,8 днів, при тяжкому – 40,7 днів.

Здійснена порівняльна оцінка клінічних проявів при холестази. Так, тривалість свербіжа при середньотяжкому та тяжкому перебігу становила в більшості хворих до 5 діб (8 чол.), у 5 хворих – до 10 діб, у 2 – більше 15 діб, у 4 – свербіж був відсутній.

Тривалість жовтяниці шкіри при середньотяжкому перебігу становила в більшості випадків до 30 діб (10 хв.), при тяжкому перебігу – більше 30 діб (4хв.).

Порушення сну тривалістю до 5 діб спостерігалось переважно при середній важкості в 6 хворих, при тяжкій – в 2.

Тривалість періоду ахолії калу та потемніння сечі корелювало зі ступенем тяжкості. Так, ахолія калу була до 5 діб при середній тяжкості в 6 хворих, при тяжкій – в 2; більш ніж 5 днів при середній тяжкості – у 6 хворих, при тяжкій – у 3.

Потемніння кольору сечі спостерігалось до 20 діб у 9 хворих з середнім ступенем тяжкості (69,23%), у всіх хворих з тяжким ступенем цей період був більший 20 діб (у двох хворих він склав більше 40 діб).

Одним з лабораторних показників холестазу є рівень лужної фосфатази крові. В більшості випадків при середньоважкій формі він не перевищував нормального показника більш ніж в 2 рази, в той час коли при тяжкому ступені рівень лужної фосфатази був вищий в 3-4 рази за норму.

Таким чином, перебіг вірусного гепатиту з проявами холестазу найчастіше спостерігався в жінок вікової групи 21-30 років, які хворіють на гострий вірусний гепатит В. При цьому клінічні прояви захворювання спостерігаються більш тривалий час, ніж при типових (цитолітичних) формах. Рівень підвищення лужної фосфатази крові корелює зі ступенем тяжкості хвороби.

І. О. Троцька, Л. П. Кулеш
Клінічна ефективність АМІЗОНУ
при лікуванні хворих на вірусний гепатит А
Державний університет.
Обласна клінічна інфекційна лікарня, м. Суми

Вірусні гепатити сьогодні становлять серйозну проблему охорони здоров'я в зв'язку з їх епідемічною розповсюдженістю і відсутністю етіотропних засобів. Донедавна основним напрямком в лікуванні вірусних гепатитів (особливо ВГА) було симптоматичне. Однак зараз такий підхід слід рахувати застарілим. При середньотяжкому і тяжкому перебігу хвороби доцільно призначати препарати, що мають інтерферогенні, а значить антивірусні властивості.

Саме таким є вітчизняний препарат АМІЗОН, який активно стимулює синтез ендogenousного інтерферону, що вигідно відрізняє цей медикамент від інших ненаркотичних аналгетиків і протизапальних засобів.

Дуже важливою особливістю Амізону є відсутність у препарата подразливої дії на слизову оболонку шлунково-кишкового тракту. Амізон не має також гемотоксичних властивостей і негативного впливу на кістковий мозок.

Як показали дослідження і клінічні спостереження, Амізон не має канцерогенного, тератогенного і алергічного впливу. В терапевтичних дозах препарат не спричиняє ускладнень і не чинить несприятливих побічних ефектів.

Спеціалісти Київської медичної академії післядипломної освіти рекомендують призначення Амізону при гепатитах А, Е і мікст-інфекції (А + Е) з 1-2 дня жовтяниці (а ще краще – в переджовтяничний період) по 0,25 – 0,5 г 3-4 рази на добу після їжі протягом 10 днів.

Встановлений також профілактичний ефект Амізону в осередках вірусного гепатиту А, обумовлений стимуляцією синтезу ендogenousного інтерферону.

В СОКІЛ препарат Амізон застосовується з лютого поточного року. В зв'язку зі зменшенням захворюваності на гепатит А, Амізон при даній патології призначався нами лише в поодиноких випадках. Але і цей невеликий досвід показав його ефективність. Було відмічено зменшення тривалості жовтяниці, гіпербілірубінемії, гіпертрансферземії, відсутність затяжних форм.

Наведені дані ілюструють принципово новий підхід до лікування вірусного гепатиту А і Е, а також інших захворювань вірусної етіології.

Ця властивість поряд з доступною вартістю дає змогу широко застосовувати Амізон при лікуванні вірусних і бактеріальних інфекцій.

Л. П. Кулеш

**Досвід лікування вірусних гепатитів
лафероном і аміксином**

Державний університет.

Обласна клінічна інфекційна лікарня, м. Суми

Вірусні гепатити – важлива проблема сучасної медицини в зв'язку з важкістю їх перебігу, великим відсотком хронізації та збільшенням захворюваності. Хворі хронічним вірусним гепатитом мають великий ризик розвитку цирозу печінки і гепатоцелюлярної карциноми, від котрих щорічно в світі помирає біля мільйона чоловік. Однак, своєчасна та ефективна етіотропна терапія часто дозволяє попередити ці наслідки. Противірусні препарати - це єдина можливість елімінувати вірус з організму і тим самим попередити прогресування печінкового процесу.

Під наглядом знаходилося 6 хворих (2 на ГВГВ та 4 на ХВГС). Діагноз ГВГВ був встановлений наявністю HBsAg у сироватці крові. Хворим цієї групи призначався лаферон у дозі 1 млн. од. один раз на добу внутрішньом'язово протягом 10 днів в одному випадку та по 3 млн. од. через день 10 ін'єкцій другому хворому в період затяжної реконвалесценції. Після проведеного курсу лаферону в обох випадках протягом двох місяців тривало підвищення показників АлАТ (від 1350 до 700 од/л), показники АсАТ практично не змінилися.

Діагноз ХВГС (4 хворих) підтверджений наявністю антитіл до серцевинного антигену HCV, а в 2-х хворих - виявленням РНК HCV у полімеразній ланцюговій реакції (ПЛР).

Одна хвора страждає ХВГС біля 5 років, 2 роки приймає лаферон по 3 млн. од. тричі на тиждень. Після початку курсу інтерферонотерапії стійко зменшилися показники АлАТ від 164 од/л до 47-40 од/л.

Троє хворих на ХВГС (під наглядом біля 3 місяців) разом з лафероном приймали аміксин. Протягом місяця в них показники АлАТ прийшли до норми, а в ПЛР РНК HCV не визначалася.

Таким чином, використання лаферону при ГВГВ

малоефективне, а комбінація лаферону та аміксину при ХВГС сприяє покращенню функції печінки і пригнічує реплікацію HCV. Питання курсових доз і продовження антивірусного лікування потребує подальшого вивчення.

Н.В. Клименко

Лікування хворих на вірусний гепатит А

Державний університет.

Обласна клінічна інфекційна лікарня, м. Суми

Вірусні гепатити А (ВГА) широко розповсюджені, вражають людей різного віку, займають одне з перших місць серед інших вірусних гепатитів, тому питання лікування хворих на ВГА актуальне.

Незмінним залишається принцип базисної терапії. Що стосується дезінтоксикаційної терапії, то її інтенсивність залежить від тяжкості хвороби. В останній час широко використовують ентеросорбенти: вугільні (СКН - 3М, СКНП - 2), поліфепан, кремнієві (полісорб), ентеродез, ентеросгель та інші. Під впливом ентеросорбентів зникають диспептичні явища та інші прояви токсикозу.

Традиційна дезінтоксикаційна терапія при середньотяжкому перебігу ВГА – пероральна дезінтоксикація (рідина, ентеросорбенти) і внутрішньовенне введення 5% розчину глюкози з інсуліном та препаратами калію. В більш тяжких випадках, при затяжному перебігу для поліпшення печінкового кровотока призначають реополіглокін, еуфілін, верапаміл.

Що стосується вітамінотерапії, то доцільно до інфузійних розчинів додавати 5% аскорбінову кислоту. Як антиоксидант призначають вітамін Е (в експерименті він попереджає гепатонекроз).

Із мембраностабілізуючих препаратів - силібор, легалон, гепабене - призначають при затяжному перебігу.

При ВГА порушується утворення і виділення жовчі, змінюються її фізико-хімічні властивості. Застій жовчі сприяє

запальному ураженню жовчовивідних шляхів. У гострому періоді хвороби стимуляція жовчоутворення викликає жовчну гіпертензію. Тому на ранніх етапах призначають холекінетики. За даними Сніцаря А.О. доцільне призначення холекінетиків, починаючи з 3-го тижня захворювання.

Пізніше, в період реконвалесценції призначають холеретики (алохол, холензим, фламін, настої трав, мінеральну воду). Але слід пам'ятати, що при цитолітичному синдромі жовчогінні препарати не призначають.

Ліпотропні препарати (ліпоксин, метіонін) призначають лише в випадках, коли ВГА розвився на фоні жирового гепатозу (цукровий діабет, тиреотоксикоз, алкоголізм, наркоманія). Ліпоєву кислоту, ліпамід призначають у період ранньої реконвалесценції для посилення регенерації печінки, поліпшення кровообігу і жовчовиділення.

Таким чином, основною в лікуванні ВГА є базисна терапія, що включає режим, дієту, загальнозміцнюючі препарати.

О.І. Сміян, Т.П. Бинда

Диференціальна діагностика жовтяниць новонароджених Державний університет, м. Суми

Внаслідок недостатньої диференціації паренхіми печінки та легкому руйнуванню еритроцитів, жовтяниця в новонароджених спостерігається дуже часто. Правильна діагностика її причини визначає своєчасність та адекватність лікування. Наявність великої кількості захворювань, при яких відмічається жовтяниця, нерідко затруднює диференціальну діагностику патологічних станів, які перебігають з жовтяницею.

У дітей розрізняють 4 типи жовтяниць: гемолітичну, кон'югаційну, паренхіматозну та механічну.

Диференціальна діагностика жовтух новонароджених починається з визначення характеру збільшення вмісту білірубіну в сироватці крові. Можна відмітити три основні форми підвищення рівня білірубіну: значна перевага непрямого

білірубін; значна перевага прямого білірубін; паралельне підвищення рівня прямого та непрямого білірубін.

Гемолітичні жовтяниці зустрічаються, по нашим даним, у 2,4% дітей м. Суми і обумовлені імунологічним конфліктом внаслідок несумісності крові плоду та матері по АВО і резус-антигенам. Для них характерні нормохромна анемія з гіперрегенераторними проявами (ретикулоцитоз), збільшення печінки та селезінки, зростання вільного непрямого білірубін, нормальна активність печінково-клітинних ферментів, світла сеча, темні випорожнення.

Кон'югаційні жовтяниці найбільш поширені і найбільш різноманітні за походженням. Серед них часто зустрічається транзиторна (фізіологічна) жовтяниця доношеного та недоношеного новонародженого (приблизно в половини дітей). Вона виникає на 2-3 день після народження і зникає до кінця першого - початку другого тижня. Цей тип жовтяниць характеризується підвищенням непрямого білірубін в сироватці крові, відсутністю ознак гемолізу еритроцитів, нормальними розмірами печінки, селезінки, звичайним кольором сечі й калу. В гостру фазу рівень білірубін сироватки крові не перевищує 100 мкмоль/л (непрямий). Високий рівень білірубін свідчить не про фізіологічний, а про патологічний тип жовтяниці у новонароджених.

До кон'югаційних жовтяниць відноситься і "жовтяниця від материнського молока". Частота її складає 1:50-200 новонароджених. Обумовлена вона продуктами жіночого молока (якими, точно не встановлено). Такі діти мають гарний апетит і прибавляють у масі тіла. В них відсутнє збільшення печінки, селезінки та інші ознаки підвищеного гемолізу, немає неврологічних відхилень від норми. Діагностичним тестом цієї жовтяниці може бути зниження рівня непрямого білірубін після припинення годування материнським молоком. Через 4-6 днів

утримання від годування грудним молоком його можна відновити і жовтяниця не виникає.

Кон'югаційна жовтяниця може спостерігатися при вродженому гіпотиреозі; у дітей, народжених від матері з тяжкою формою цукрового діабету; у дітей, що перенесли асфіксію, пологову травму, великі крововиливи, а також при таких спадкових синдромах, як синдром Жильбера-Мейленграфта, синдром Клиглера-Найяра. До речі, з усіх кон'югаційних жовтяниць останній синдром має найбільш несприятливий перебіг (діти рідко доживають до 2-х років).

Паренхіматозна жовтяниця (печінкова) спричиняється інфекцією з гепатотропними властивостями (вірусного гепатиту, герпесу, краснухи, цитомегалії, токсоплазмозу, лістеріозу, сифілісу). При цьому уражається печінкова клітина, що призводить до порушення її функції, зокрема, до затримки екскреції прямого білірубіну в жовчний капіляр і до повернення його в кров. Ось чому підвищується рівень прямого білірубіну крові. Внаслідок ураження гепатоцитів, збільшується (компенсаторно) утворення моноглюкороніду в нирках, травному каналі, але він не може повністю виділитися. Затримується кон'югація непрямого білірубіну. Тому при цій формі жовтяниць має місце збільшення вмісту не лише прямого, але й непрямого білірубіну в сироватці крові. При підвищенні загальної кількості білірубіну до 51,3-85,5 мкмоль/л, звичайно, співвідношення обох видів жовчного пігменту рівне, а при більш високому рівні - переважає прямий білірубін. Поява жовтяничного забарвлення шкіри і слизових залежить від тяжкості ураження печінки - чим тяжчий процес, тим раніше (в перші дні) воно з'являється, але може виникати в кінці першого на початку другого тижня життя. При цій формі жовтяниці спостерігається збільшення печінки та селезінки, темна сеча, знебарвлений кал, підвищення рівня активності органоспецифічних ферментів (альдолази, трансамінази), сорбітдегідрогенази тощо, геморагічний синдром.

Механічна жовтяниця характеризується порушенням відтоку жовчі внаслідок внутрішньоутробного розвитку аномалій внутрішньопечінкових та позапечінкових жовчних проток (атрезія, гіпоплазія). Вона зустрічається у 1:10000-20000 новонароджених. Жовтяничне забарвлення шкіри має зеленкуватий або зеленкувато-сіруватий відтінок, з'являється на першому тижні життя, поступово посилюється на фоні відносно задовільного загального стану, збереженого апетиту і задовільного приросту маси тіла. Важливими симптомами є знебарвлений кал від народження і темна сеча. Розміри печінки і селезінки при народженні не змінені, але потім вони збільшуються, з'являються свербіння шкіри (на 2-4 місяці життя), метеоризм, у подальшому (в 5-7 місяців) розвиваються цироз печінки й ознаки портальної гіпертензії (метеоризм, спленомегалія, асцит, кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу і шлунка). Вміст прямого білірубину в сироватці крові постійно збільшується, досягаючи в двохмісячному віці 256,5-342,0 мкмоль/л, в сечі наявні жовчні пігменти. Порушення функції печінки і геморагічний синдром з'являються при розвитку цирозу печінки (на 5-7 місяці життя). Диференціальна діагностика таких жовтяниць можлива тільки при проведенні допоміжних досліджень: ультразвукового дослідження печінки, оперативній холангіографії, біопсії печінки та ін. Таким чином, з наведеного вище видно, що жовтяниці в період новонародженості зустрічаються часто, нерідко мають перебіг з важкими клінічними проявами і навіть закінчуються летально, а тому потребують своєчасного адекватного лікування. Ось чому в дітей з жовтяницею необхідне поглиблене діагностичне обстеження та спостереження в динаміці.

С.І. Кругляк

**Диференціальна діагностика вірусного гепатиту та
підпечінкової жовтяниці в дітей старше 1 року**

Міська клінічна дитяча лікарня, м. Суми

Розпізнання підпечінкової жовтяниці - одне з відповідальних завдань лікаря. До останнього часу існувало уявлення про те, що підпечінкові жовтяниці в дітей зустрічаються дуже рідко. В зв'язку з цим публікацій по даному питанню дуже мало. За виключенням робіт з уродженої атрезії жовчовивідних шляхів, в літературі описуються лише поодинокі випадки, котрі потребують диференціальної діагностики з вірусним гепатитом (ВГ).

У теперішній час підпечінкові жовтяниці зустрічаються частіше, але нозологія причин, які викликають обтурацію, у дітей інша, ніж у дорослих. Якщо у дорослих головними причинами підпечінкових жовтяниць є пухлини панкреато-дуоденальної зони та калькульозний холецистит, то в дітей старше 1 року найбільш часто зустрічаються вроджені аномалії розвитку жовчовивідних шляхів і, в першу чергу, кіста загального жовчного протоку. В розпізнанні цих станів в останні роки досягнутий значний прогрес. Якщо до 1970 р. уроджені кісти загального жовчного протоку при житті діагностувалися дуже рідко, то вже до 1982 р. у світовій літературі було описано більше 1000 спостережень, серед яких біля 200 - вітчизняними авторами. Однак діагностика кіст загального жовчного протоку залишається складною. Помилкові діагнози відмічаються в більшості хворих.

Вивчення аномалій розвитку жовчного міхура та їх ролі у біліарній патології тільки розпочате. В ряді випадків вони також можуть призвести до підпечінкової жовтяниці. Значно рідше причиною подібних жовтяниць є пухлини, спайковий процес, калькульоз, лімфаденіт у ділянці воріт печінки, обтурація протоку аскаридою тощо. В останні роки в якості одної з можливих причин підпечінкових жовтяниць у дітей описаний панкреатит. Слід відмітити, що майже всі відомості про підпечінкові жовтяниці

виходять від хірургів, тоді як першим спеціалістом, перед яким постає питання про природу жовтяниці, є інфекціоніст, так як майже всі діти з жовтяницею спочатку поступають у інфекційне відділення з діагнозом ВГ. При цьому реальні труднощі має розмежування підпечінкової жовтяниці та холестатичного ВГ, при якому магістральні жовчовивідні шляхи прохідні, але є блок виведення білірубіну на рівні печінкової клітини та найдрібніших холангіол.

Клінічні та лабораторні прояви внутрішньопечінкового та підпечінкового холестази практично не відрізняються. До останнього часу холестатичні форми ВГ спостерігалися у дітей дуже рідко. Однак в останні роки відмічається помітне зростання ВГ, який протікає з холестатичним компонентом. Збільшення випадків підпечінкових жовтяниць та холестатичних ВГ у дітей робить проблему диференціальної діагностики цих станів і ВГ.

Має інтерес віковий склад хворих та строки виставлення кінцевого діагнозу в дітей з клінічною картиною підпечінкової жовтяниці. Так, кіста холедоха вперше проявляється в середньому в віці 1,5 років. Аномалії розвитку жовчовивідних шляхів, які не зачіпають магістрального стовбура (фіксовані перегини та перетяжки, стійкі деформації міхура та міхурового протоку), а також хронічний панкреатит маніфестують пізніше, відповідно в віці 5 - 6 років. Холестатичні форми ВГ спостерігаються частіше в дітей в препубертатному та пубертатному періодах, чим, можливо, і обумовлена схильність до холестази.

Тривалість періоду від перших ознак захворювання до виставлення вірного діагнозу залежить від причин холестази. Найменшою (в середньому 17 днів) вона буває при холестатичній формі ВГ. При інших нозологічних формах діти поступають, як правило, набагато пізніше і до цього вже неодноразово знаходилися в інших лікарнях з різними діагнозами (гострого та хронічного гастрита, гастродуоденіта, дискінезії жовчовивідних шляхів, холецистита, кишкової та апендикулярної коліки, глистної інвазії, незакінченого повороту кишечника, рецидивуючого та

хронічного ВГ та ін.). Відповідно до цього діагноз кісти холедоха встановлюється в середньому через 5 - 6 місяців після появи перших ознак хвороби, інші аномалії розвитку біліарної системи - через 2 - 3 роки, а хронічний панкреатит - навіть через 3 - 4 роки від початку захворювання.

В таких дітей відмічався зелений білівердиновий відтінок жовтяниці, проградієнтне її наростання (в випадку довгої обтурації) при відносно задовільному самопочутті, шкіряний зуд, темна сеча, ахолічні випорожнення, абсолютна перевага зв'язаної фракції білірубіну, гіперхолестеринемія, підвищення активності лужної фосфатази при помірному підвищенні активності амінотрансфераз, нормальних або мало змінених показниках осадових проб та протромбінового індексу. Середні значення всіх перерахованих вище показників при холестатичному ВГ та підпечінковій жовтяниці суттєво не відрізнялися і не могли бути основою для розмежування цих станів. При цьому основними опірними моментами при обтураційній жовтяниці були гастроентерологічний анамнез, характер больового синдрому, блювотиння та випорожнень, локальні пальпаторні симптоми і, в меншій мірі, особливості гепатолієнального синдрому.

Висновки

- 1 Синдром внутріпечінкового холестазу в дітей старше 1 року в абсолютній більшості випадків пов'язаний з вірусним гепатитом (частіше з ВГВ).
- 2 Основною причиною підпечінкової жовтяниці в дітей цього віку є вади розвитку жовчовивідних шляхів (найчастіше - кіста загального жовчного протоку), на другому місці стоїть хронічний панкреатит.
- 3 Головними ключовими моментами, які дозволяють запідозрити підпечінкову жовтяницю і провести цілеспрямоване обстеження, є гастроентерологічний анамнез, характер больового та диспептичного синдрому, локальні пальпаторні симптоми.
- 4 Наслідки підпечінкових жовтяниць у дітей при сучасному розпізнанні сприятливі, в 1/4 хворих можлива їх ліквідація без хірургічного втручання.

Я. С. Жернова, П. С. Вержанський
Про перебіг жовчнокам'яної хвороби,
ускладненої жовтяницею, у вагітних жінок
Державний університет, м. Суми

Під час вагітності ряд біохімічних показників функції печінки змінюється в бік підвищення (білірубін, лужна фосфатаза, холестерин, трансферин, тригліцериди), а інші – зменшуються (альбумін, гама-глобулін, загальний білок). Захворювання печінки можуть бути безпосередньо пов'язані з гестацією або супроводжують її. В першу групу входять синдром Шихана (гостра жирова дистрофія печінки), внутрішньопечінковий холестаза вагітних і HELLP-синдром. Другу групу складають захворювання, які не пов'язані з вагітністю, а виникають під час неї (вірусний гепатит) і вагітність розвивається на їх фоні (хронічний гепатит, цироз печінки, жовчнокам'яна хвороба доброякісна гіпербілірубінемія). Для кожної групи захворювань характерна жовтяниця.

Вагітність і пологи при захворюваннях гепатобіліарної системи (ГБС) являють собою високий ризик як для матері, так і для плода через велике навантаження на печінку, ускладнений перебіг вагітності, пологів та, як правило, погіршення перебігу захворювання ГБС. Тому визначення та здійснення правильної акушерської, терапевтичної або хірургічної тактики ведення вагітної, а також способу розродження становить актуальність проблеми.

Матеріал та методи дослідження. Проведено дослідження перебігу вагітності, пологів та жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ) у 26 жінок у віці від 18 до 37 років. Первороділь було 12, а повторнороділь – 14. Поряд з відомими загальноклінічними обстеженнями вивчено стан фетоплацентарного комплексу за допомогою ехографічного та гістологічного досліджень. Біохімічні показники: рівень АлАТ, АсАТ, коефіцієнт De Ritis, протеїнограма, вміст креатину,

білірубіну та лужної фосфатази в сироватці крові, а також ехографічне обстеження ГБС використані для проведення диференціальної діагностики між ЖКХ, що супроводжується жовтяницею, вірусним гепатитом та холестатичним гепатозом вагітних, відшаруванням нормально розташованої плаценти. Наявність каменів у порожнині жовчного міхура та його збільшення, а також наявність каменів та розширення холедоху понад 10 мм, стійкість гіпербілірубінемії мали вирішальне значення в типізації механічної жовтяниці. Курація пацієнток здійснювалася акушером, хірургом, терапевтом, інфекціоністом.

Результати досліджень та їх обговорення. Згідно проведеним дослідженням встановлено, що в кожній другій жінці захворювання вперше було виявлено лише під час вагітності з I або III триместру. За коефіцієнтом кореляції між родичами урахуванням ступеню спорідненості встановлено, що серед родичів досліджуваних ЖКХ зустрічається частіше, ніж у здорових жінок. Отже, певний вклад у виникненні ЖКХ у вагітних мають спадкові чинники. Клінічні спостереження показали, що для зазначеної групи досліджуваних вагітних та породіль був характерним синдром "взаємної обтяженості". Так, раннім маркером негаразду в організмі матері було багатоводдя та ретардація розвитку плода, які зустрічалися в 73% з II триместру та з'являлися задовго до появи жовтяниці та встановлення діагнозу ЖКХ. У плаценті при ехографічному дослідженні встановлені чисельні ехопозитивні включення, які відповідали дистрофічним процесам при гістологічній верифікації. Найбільш характерним для жінок з ЖКХ було невиношування в 6 (23%) та недоношування вагітності в 15 (57,7%) в поєднанні з ретардацією плода. В 2-х випадках спостерігалось передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, що потребувало абдомінального розродження з розширенням обсягу операції до акушерської гістеректомії через синдром внутрішньосудинного згортання крові. Високий відсоток склала перинатальна смертність (34,6%) та неонатальна захворюваність гіпотрофічних новонароджених.

Крім того, виявлено, що вагітність сприяє утворенню нових каменів у жовчному міхурі з одного боку, а з іншого – частішому відходженню каменів, що і призводить до збільшення частоти нападів ЖКХ. Постійним та сильним було шкірне свербіння в кожній жінки. Через часті напади ЖКХ зростання гіпербілірубінемії, лейкоцитозу, нейтрофільозу, 3-х разове підвищення АЛТ, АСТ та коефіцієнта De Ritis, посилення синдрому ендогенної інтоксикації виконана, холецистектомія в 12 жінок (46%) у різні терміни вагітності.

Висновки. При поєднанні у жінок жовчнокам'яної хвороби і вагітності існує синдром “взаємної обтяженості”, який призводить до ретардації розвитку плода, невиношуванню та недоношуванню вагітності. Вагітність сприяє утворенню каменів, частим нападам ЖКХ, зростанню синдрому ендогенної інтоксикації, жовтяниці, що є підставою для хірургічного лікування незалежно від терміну вагітності для запобігання впливу на плід, гнійно-септичних ускладнень та печінкової недостатності.

В. В. Рябіченко

Хронічні вірусні гепатити

Обласна інфекційна клінічна лікарня, м. Суми

Проблема хронічних вірусних гепатитів вкрай актуальна, що пов'язано, в першу чергу з погіршенням епідситуації по гострим ВГ, а також з потенційно великим спектром можливих збудників інфекції. З другого боку, неадекватний стан імунної системи та постійний вплив на неї екологічних чинників (неправильне харчування, забруднення навколишнього середовища тощо) порушує рівновагу між захисними та агресивними силами на користь останніх.

Найчастіше причиною хронічних ВГ є віруси гепатитів з парентеральним механізмом зараження (В, Д, С). Вірусні гепатити А та Е явної тенденції до хронізації не виявляють. Останнім часом більше з'являється даних на користь того, що прогресуюче

руйнування клітин печінки опосередковане імунною системою (це і підвищена кількість Т-лімфоцитів та плазматичних клітин в осередках пошкодження печінки, виявлення циркулюючих аутоантитіл, персистування HBsAg в сироватці та HBeAg в гепатоциті після гострого ВГВ), і наявність інших аутоімунних захворювань (тиреоїдит, виразковий коліт), позитивний ефект глюкокортикоїдів при тяжкому перебігу хронічного ВГ.

Тактика лікаря повинна базуватися як на знанні етіопатогенезу хвороби, так і на синдромах, які складаються з клінічних, біохімічних ознак.

Найголовніші біохімічні синдроми при хронічному ВГ слідуючі:

- 1) синдром цитолізу;
- 2) внутрішньопечінковий холестааз;
- 3) сепатопривний синдром – зниження синтетичної функції печінки при значному зменшенні кількості гепатоцитів;
- 4) поліклональна гамапатія – розвивається при аутоімунному ураженні печінки і являє собою наслідок різкого збільшення антитіл до елементів гепатоциту.

Остаточне судження про наявність та вираженість цитолізу може бути отримано лише на основі гістологічного вивчення біоптату печінки. Клініка та біохімія часто не відповідають морфології, за якою завжди залишається “останнє слово”.

Лікування хронічного ВГ базується на слідуючих даних: тип вірусу, стадія його розвитку, ступінь активності запального процесу, морфологічні зміни в тканині печінки та ступінь порушення її функції, підтверджені результатами морфологічних та лабораторних досліджень.

Основні напрямки медикаментозного лікування:

- 1) етіотропна терапія: противірусні засоби: а) похідні α -інтерферону (веліферон, інтрон-А, віраферон, роферон, реаферон); б) синтетичні аналоги нуклеозиду (рибавірин, ламівудін, фамцикловір та інші);

- 2) патогенетична терапія: а) імуномодулятори, б) гепатопротектори, в) дезінтоксикаційні засоби.

Вибір терапії з урахуванням типу вірусу, стадії його розвитку та генотипу, ретельний відбір хворих та використання комбінації препаратів наблизили лікаря до можливості добиватися стійкої ремісії захворювання.

Т. М. Алещенко

Лабораторна діагностика хронічних вірусних гепатитів

Обласна клінічна інфекційна лікарня, м. Суми

Клінічні прояви хронічного вірусного гепатиту (ХВГ) в типових випадках слабо виражені, малоспецифічні і внаслідок цього нерідко залишаються непоміченими клініцистами.

Хронічний гепатит В діагностують при виявленні в сироватці крові імуноферментним методом HBsAg. При спеціальних дослідженнях практично в усіх хворих гепатитом В в крові виявляють HBVDNA та HBeAg, а в печінці HBcAg.

Хронічний гепатит С діагностується на основі виявлення в сироватці крові антитіл до HCV за допомогою імуноферментного аналізу і/або методом імуноблотинга.

Показником реплікації HCV-інфекції є виявлення в сироватці крові HCVRNA методом полімеразної ланцюгової реакції або розгалуженої ланцюгової реакції комплементарної ДНК.

Хронічний гепатит Д (дельта-гепатит) діагностують шляхом виявлення антитіл до HDV спільно з HBsAg (вірус HDV – дефектний). Сполучення HDV і HBV інфекції в якості етіологічних чинників часто спостерігається в хворих з високоактивними варіантами ХГ і прогресуючими цирозами.

Первинний біліарний цироз печінки (ПБЦ).

Виявлення в крові антимітохондріальних антитіл (АМА). Характерно тільки для ПБЦ. Вони служать достатньо чутливим маркером і виявляються більше, ніж у 85% хворих з клінічною картиною ПБЦ.

Синдром цитоліза характеризується підвищенням в плазмі крові концентрації індикаторних ферментів – АсАТ, АлАТ, ЛДГ та її ізоферментів ЛДГ₁₁ і ЛДГ₅, а також феритина, сироваткового заліза, вітаміна В₁₂ і білірубіна, головним чином за рахунок підвищення прямої фракції.

В оцінці ступеню активності цитоліза основне значення надається вмісту АлАТ і АсАТ. Підвищення активності цих ферментів в сироватці менше, ніж в 5 разів в порівнянні з верхньою межею норми розглядається як помірна, від 5 до 10 разів – як середнього ступеню і понад 10 разів – як високого ступеню активності.

Синдром холестаза (порушення екскреторної функції печінки) супроводжується підвищенням рівня в сироватці крові ЛФ, ЛАП, ГГТФ, холестерина, β -ліпопротеїдів, кон'югованої фракції білірубіну, жовчних кислот, фосфоліпідів, знижується екскреція бромсульфаміна (вофавердина).

Синдром печінково-клітинної недостатності виявляється зменшенням вмісту в сироватці крові загального білка і особливо альбумінів, трансферина, холестерина, II, V, VII факторів згортання крові, холінестерази, α -ліпопротеїнів, але в той же час збільшенням білірубіна за рахунок некон'югованої фракції.

Мезенхімально-запальний синдром характеризується гіпергамаглобулінемією, підвищенням показників білково-осадкових проб, збільшенням ШОЕ, виникненням в крові продуктів деградації поєднувальної тканини (С-реактивний білок, серомукоїд та ін.).

Лабораторна диференціальна діагностика жовтяниць.

При надпечінкових жовтяницях лабораторні дані характеризуються збільшенням у крові некон'югованого білірубіна, нормальним рівнем сироваткової ЛФ, АлАТ, АсАТ і ГГТФ, відсутністю білірубінурії, уробілінурією (не завжди), підвищенням у калі стеркобіліну, ретикулоцитозом, нерідко анемією. Некон'югована гіпербілірубінемія розвивається в результаті порушення захвату білірубіна печінковими клітинами, при посиленому руйнуванні еритроцитів, зниженні кон'югації

білірубін у гепатоцитах (ферментна жовтяниця).

Ці жовтяниці можуть бути спадковими (синдром Жильбера і Криглера-Найяра) та набутими (лікарські паренхіматозні ураження печінки, сепсис). Лабораторні дані характеризуються збільшенням у крові некон'югованого білірубіну, відсутністю білірубіну в сечі, уробілінуриєю; нормальним вмістом у крові АЛАТ, АсАТ, ЛФ і ГГТФ, холестерину, відсутністю в крові ретикулоцитоза, анемії, змін еритроцитів; вміст стеркобіліну в калі знижений або нормальний.

Печінково-клітинна жовтяниця з кон'югованою гіпербілірубінемією. Лабораторні дані при цьому виді жовтяниць характеризуються збільшенням рівня загального білірубіну у крові з переважанням кон'югованої фракції, рівень АЛАТ, АсАТ часто перевищує норму в 5 і більше разів, активність ЛФ звичайно не перевищує норму більше ніж в 2 рази, відмічається гіпо- і нормохолістеринемія, білірубінурія, уробілінурія зі зниженням вмісту стеркобіліну в калі.

Для підпечінкових жовтяниць характерні наступні лабораторні дані: кон'югована гіпербілірубінемія, білірубінурія, уробілін в сечі відсутній, стеркобілін в калі відсутній або кількість його знижена, збільшений вміст в сироватці крові холестерину, збільшена активність ЛФ (більше норми в 3 і більше разів), ГГТФ, трансаміназ.

При виявленні клініко-лабораторних ознак жовтяниці необхідно вирішити наступні діагностичні задачі:

1. Визначити тип гіпербілірубінемії (кон'югована або некон'югована жовтяниця).
2. Визначити наявність і переважання лабораторних синдромів ураження печінки.
3. Визначити етіологію захворювання.

О.Г.Самойленко, І.О.Троцька
Помилки в діагностиці вірусних гепатитів
у Сумській області

Управління охорони здоров'я.

Обласна клінічна інфекційна лікарня, м. Суми

Захворюваність на вірусні гепатити, що реєструється зараз в області, не відзеркалює дійсної інтенсивності епідемічного процесу. Про це свідчить той факт, що в деяких районах вірусні гепатити В і С майже не реєструються. Так, в 1999 р. при середньообласному показнику захворюваності на ВГВ 7,6 в В.Писарівському, Глухівському, Кролівському, Л.Долинському, С.Будському, Шосткинському і Ямпільському районах не виявлено жодного випадку цього захворювання.

Відомо, що основою етіологічної розшифровки ВГВ і ВГС є імуноферментний аналіз (ІФА) з визначенням у сироватці крові хворих основних маркерів як ВГВ (HBsAg, HBcAg, антитіла до них, а також анти- HBcIgM і IgG), так ВГС (анти HCV, анти- HCV core IgM і IgG). На жаль, сьогодні лише в лабораторії СОКІЛ проводиться тестування крові на деякі маркери вірусних гепатитів. В той же час при проведенні експертної оцінки історій хвороб в районах нами виявлені випадки, коли перебіг, лабораторні дані, епідеміологічний анамнез чітко відповідали клініці гепатиту В, а хворим виставлявся діагноз ВГА.

Основними причинами діагностичних помилок є недооцінка симптомів захворювання, ігнорування епіданамнезу, незнання варіантів перебігу ВГВ.

Майже не ставиться діагноз ВГВ і ВГС в педіатричній практиці. Так, за 1999 р. в області було зареєстровано лише 2 випадки ВГВ у дітей (в стаціонарі СОКІЛ).

Розповсюдженість, а також несвоєчасна діагностика та нерозпізнаність гострих парентеральних вірусних гепатитів веде до поширення хронічних гепатитів та цирозу печінки. В 1999 р. захворюваність хронічними гепатитами та цирозами печінки в області складала відповідно 42,9 та 17,6. Вузловою проблемою діагностики хронічних гепатитів є їх етіологічна розшифровка, яка

в області фактично не проводиться.

Таким чином, відсутність лабораторної діагностики вірусних гепатитів (в т.ч. хронічних) не дозволяє достовірно оцінити епідситуацію в області.

І. О. Троцька

Підсумки роботи інфекційної служби

Сумської області за 1999 рік

Обласна клінічна інфекційна лікарня, м. Суми

Стан матеріально-технічної бази інфекційних стаціонарів в більшості районів області залишається незадовільним. Деякі з них, в тому числі ті, що призначені для лікування хворих на карантинні інфекції, непридатні для подальшої експлуатації (С.Будська, Путивльська ЦРЛ). У В. Писарівській, Лебединській, Л.Долинській, Глухівській ЦРЛ інфекційні відділення розташовані в пристосованих приміщеннях, у зв'язку з чим в них немає можливостей створити умови, необхідні для лікування та утримання хворих. Близько 30% стаціонарів потребують проведення капітального ремонту.

Сьогодні в області розгорнуто 795 ліжок, з них для дорослих – 413, для дітей – 382. Показник забезпеченості інфекційними ліжками населення складає 5,8 (в т.ч. для дорослих – 3,06, для дітей – 16,25). По Україні цей показник дорівнює 5,95 (відповідно: 3,4, - 18,5). Нормативна цифра 9,3. Як позитивний факт слід відзначити, що в 1999 році в області не було скорочено жодного інфекційного ліжка, в той час як в Україні при гострій потребі розширення інфекційної мережі скорочено 655 ліжок з 28423 існуючих.

З 795 ліжок кількість боксових складає 505, що становить 63,5% (в Україні 50%). Але бокси, що є, не відповідають необхідним вимогам.

В області відсутнє інфекційне реанімаційне відділення, а палати інтенсивної терапії необхідною апаратурою забезпечені недостатньо, особливо в С.Будському, В. Писарівському, Ямпільському, Краснопільському, Путивльському, Л.Долинському

районах.

При лікувально-профілактичних закладах функціонує 24 кабінети інфекційних захворювань. В 5 районах (В.Писарівському, Л.Долинському, С.Будському, Путивльському та Ямпільському) кабінети інфекційних захворювань не укомплектовані лікарською посадою.

В інфекційних стаціонарах та кабінетах інфекційних захворювань зареєстровані 63,75 штатних посад інфекціоністів. Всього в області працює 73 лікаря-інфекціоніста, з них – 11 дитячих. Таким чином, забезпеченість лікарями-інфекціоністами складає 0,44 (по Україні 0,48). Атестовано 44 лікаря-інфекціоніста (60,3%). По Україні цей показник становить 48,7%. Вищу категорії мають 15 осіб, першу – 17, другу – 12.

40% лікарів-інфекціоністів не атестовані. І якщо 17 фахівців закінчили навчальні заклади в 1995-99 р.р. і ще не мають достатнього стажу для одержання категорії, то інші 12, не дивлячись на великий стаж роботи, протягом багатьох років відмовляються від атестації (Панченко Л. І. – Ямпільська ЦРЛ, Терещенко Н. Ф. – Кролевецька ЦРЛ, Біденко Г. В. – Білопільська ЦРЛ та інші). Таким чином, з боку головних лікарів вказаних районів порушуються вимоги наказу МОЗ України від 19.12.97 № 359 “Про подальше удосконалення атестації лікарів”. Вивчення рівня професійної підготовки лікарів-інфекціоністів показало, що більшість з них є кваліфікованими та досвідченими фахівцями. Навчалися в клінічній ординатурі 4,3%, закінчили інтернатуру за спеціальністю 75,3%. В той же час, аналізуючи кадровий потенціал, вважаю за необхідне відмітити, що серед лікарів великий відсоток осіб пенсійного віку – він дорівнює 23,1. Безумовно, всі вони висококваліфіковані спеціалісти, з великим досвідом практичної роботи (в т.ч. в періоди спалахів), але віковий коефіцієнт повинен враховуватися при вирішенні кадрового питання і підготовці молодих спеціалістів.

У січні 2000 р. 45 лікарів-інфекціоністів підвищили свою професійну кваліфікацію на виїзних курсах на базі СОКІЛ.

З лікарів педіатрів-інфекціоністів лише 10 пройшли спеціалізацію. Інші не мають підготовки і атестаційної категорії за фахом, хоча і атестовані по спеціальності "педіатрія".

Нагадаю, що однією з важливих та найбільш доступних форм підвищення професійного рівня спеціаліста є робота з науковою періодичною літературою за фахом. На жаль, цей факт ігнорується і лише деякі інфекціоністи в 1999 р. провели передплату на медичні журнали, зокрема, на науково-практичний журнал "Інфекційні хвороби".

Інфекціоністами області (за виключенням лікарів СОКІЛ) майже не проводиться науково-дослідницька робота, хоча в районах є можливості для її проведення, особливо в природних осередках туляремії, лептоспірозу.

Показники діяльності інфекційних стаціонарів області

ПОКАЗНИКИ	1997		1998		1999	
	Сумська обл.	Україна	Сумська обл.	Україна	Сумська обл.	Україна
1. Середнє число днів роботи ліжка для дорослих	239,2	237,2	232,2	224,3	234,8	247,6
	213,9	241,5	210,1	-	219,1	249,8
2. Середнє перебування хворого на ліжку для дорослих	11,18	12,2	10,29	11,1	9,65	10,91
	9,95	9,4	9,52	-	9,09	10,3
3. Оборот ліжка для дорослих	21,4	21,15	22,57	22,14	24,34	22,7
	21,49	23,8	22,08	-	24,10	23,1
4. Летальність дорослі	0,11	0,19	0,25	0,3	0,27	0,23
	0,19	0,16	0,1	-	0,05	0,1

Аналіз роботи ліжка показує, що протягом останніх років, за виключенням 1999 року, відмічалось щорічне зменшення відсотку використання ліжкового фонду. Це пов'язано з закономірністю епідпроцесу при різних інфекційних захворюваннях. Так, у 1997-98 р.р. відмічалось зниження захворюваності на вірусні гепатити, ангіни, в той час, як хворі саме цими нозологіями в минулі роки складали значну кількість серед госпіталізованих. Слід відзначити, що майже всі інфекційні захворювання сьогодні зберігають свої класичні закономірності, і ми можемо прогнозувати в деяких районах області і в м. Суми найближчим часом підйом захворюваності вірусним гепатитом А, іншими інфекціями. Тому невиконання плану ліжко-днів не повинно бути приводом для скорочення ліжкового фонду. В інфекційних стаціонарах ліжко повинно чекати на хворого, а не навпаки. Окрім того, на минулій конференції інфекціоністів України (травень 2000р., Львів) розглядалось питання про необхідність скорочення нормативного показника середнього числа днів роботи інфекційного ліжка з 311 до 250-260, тому що фактично всі інфекційні стаціонари України є багатопрофільними, в зв'язку з чим при госпіталізації хворих із різноманітною патологією дуже складно створити належні протиепідемічні умови, якщо норматив середнього числа зайнятості ліжка досить високий.

Летальність в інфекційних стаціонарах області не перевищує 0,2. Слід відзначити, що летальність від інфекційних хвороб складає 0,1. В звітний період основними інфекційними захворюваннями, що призводили до смерті, були лептоспіроз, менінгококова інфекція, ботулізм, сепсис. Майже всі історії хвороби померлих рецензовані. Як загальну закономірність хочу відмітити пізнє звернення за медичною допомогою, що свідчить про недостатню санітарно-освітню роботу з профілактики інфекційних хвороб серед населення. Іноді мали місце несвоєчасна госпіталізація і помилки на першому етапі спостереження за хворими. Такі випадки розглядалися на нарадах у присутності начальника УОЗ або його заступників, видавалися накази.

Сьогоднішні проблеми служби зумовлені саме її основними функціями з урахуванням епідситуації в країні і області.

Однією з важливіших є надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД. В області проведена певна робота по забезпеченню виконання директивних документів, а саме: відкритий Центр ВІЛ/СНІДу, розроблена система організації надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД, в СОКІЛ відкритий відділ для госпіталізації вказанного контингенту, проведена підготовка медичних працівників та ін.

Але в зв'язку з обмеженням фінансування, хворі на СНІД обстежуються недостатньо, не одержують медичної допомоги в повному обсязі.

В зв'язку з відсутністю тест-систем хворі в області майже не обстежуються на вірусні гепатити С, В.

Залишається високим відсоток недиференційованих ГРВЗ та ГКІ в зв'язку з відсутністю діагностикумів та середовищ в вірусологічній лабораторії обл. СЕС та в бактеріологічних лабораторіях області.

Таким чином, у 1999 р. інфекційна служба працювала в умовах недостатнього фінансування і діяльність її була направлена на виконання заходів по збереженню вже створеного потенціалу ефективних методів діагностики та лікування хворих з інфекційною патологією шляхом економічного використання як бюджетних асигнувань, так і залучень позабюджетних коштів.

Питання діагностики та профілактики інфекційних хвороб залишаються гострими, потребують серйозного контролю з боку головних лікарів, усіх фахівців.

Збільшується відсоток важких хворих як в плані лікування, так і в плані діагностики, що призводить до значних економічних витрат.

Впровадження нових методів діагностики і лікування та інтенсифікація лікувально-діагностичного процесу дозволили знизити тривалість ліжкодня, але його подальше скорочення вже не має сенсу.

З метою покращання роботи інфекційної служби області рахую необхідним:

- забезпечити раціональне використання інфекційних ліжок;
- головним лікарям Ямпільської, Путивльської, В.Писарівської, Л.Долинської, С.Будської ЦРЛ організувати роботу КІЗа;
- створити на базі обласної інфекційної лікарні сучасне відділення або блок інтенсивної терапії та реанімації для інфекційних хворих;
- привести обладнання палат інтенсивної терапії інфекційних відділень ЦРЛ у відповідність з існуючими нормативами;
- вжити заходи по розширенню вірусологічних, бактеріологічних та імунологічних лабораторій області, зміцнити їх матеріально-технічну базу;
- залучати матеріальні ресурси для поліпшення забезпечення медикаментами інфекційних стаціонарів області. Продовжувати створювати на базі ЦРЛ запаси сольових розчинів, антибіотиків та одноразових систем на випадок холери або спалаху ГКІ. На базі міжрайцентрів створити резервні запаси вказаних медикаментів. На базі обласної інфекційної лікарні створити незнижувальний запас лікувальних сироваток на випадок спалаху дифтерії або ботулізму в області, запас протималярійних препаратів;
- створити на ФП, ФАП, СЛА запаси медикаментів для надання швидкої допомоги при невідкладних станах у інфекційних хворих;
- до лікарів, що своєчасно не проходять атестацію, застосовувати вимоги наказу МОЗ про атестацію; лікарям-педіатрам, що працюють в дитячих інфекційних стаціонарах, пройти курси спеціалізації для одержання сертифіката лікаря-інфекціоніста дитячого;
- забезпечити якісну підготовку лікарів загальної медицини з питань клініки, діагностики та лікування інфекційних хворих;
- провести в 2000 році курси інформації та стажування на базі СОКІЛ для лікарів-терапевтів Л.Долинської, С.Будської, В.Писарівської, Кролевецької, Путивльської, Недригайлівської ЦРЛ з метою підготовки дублерів на випадок відсутності інфекціоніста у вказаних районах (на виконання наказу УОЗ від

29.07.98 №375);

- забезпечити підготовку лікарів-інфекціоністів ЦРЛ з питань клініки, діагностики та лікування дитячих інфекцій (шляхом проведення курсів інформації та стажування на базі лікувальних закладів м. Суми);
- підготувати та видати для лікарів області методичні вказівки: «Внутрішньо-госпітальні інфекції: профілактика, діагностика, лікування», «Вірусні гепатити: особливості клінічної та лабораторної діагностики, лікування», «СНІД: діагностика, профілактика опортуністичних інфекцій. Диспансеризація»;
- організувати проведення інфекціоністами області науково-дослідницької та науково-пошукової роботи в районах із проблем лептоспірозу, туляремії, геморагічних гарячок, бореліозів;
- спільно з терапевтичною та гастроентерологічною службою вирішити питання про найбільш раціональну тактику ведення хворих на хронічні гепатити та цироз печінки, розробити заходи;
- зобов'язати інфекціоністів провести передплату періодичних видань з інфекційних хвороб;
- проводити цілеспрямовану санітарно-освітню роботу з питань профілактики інфекційних захворювань серед населення області

Н. О. Зарічанська, І. О. Троцька, С. Е. Шолохова

Випадок завозної тропічної малярії в м. Конотопі

ЦРЛ, м. Конотоп.

Обласна клінічна інфекційна лікарня, Обласна СЕС, м. Суми

27.03.2000 р. в м. Конотоп зареєстрований завозний випадок тропічної малярії. Хворий М., 1957 року народження, проживає в м. Конотоп, працює майстром в/ч 21653. У період з 3.03. по 12.03.2000 р. знаходився в відрядженні в м. Антанариву (о. Мадагаскар), з 12.03. по 13.03. в м. Ванза (Танзанія).

Профілактичної хіміотерапії перед виїздом з України, під час відрядження та після повернення хворий не одержував, дільничого лікаря про факт перебування в небезпечних по малярії регіонах попереджено не було.

Звернувся за медичною допомогою 27.03.2000 р. в Конотопську міську поліклініку зі скаргами на підвищення температури тіла, загальну слабкість. Хворіє два дні. Лікарем кабінету інфекційних захворювань встановлений діагноз "Малярія" і хворий госпіталізований в інфекційне відділення ЦРЛ, призначено лікування делагілом. При лабораторному обстеженні на малярію в день звернення виявлений збудник тропічної малярії *P. falciparum* (5 тис. в 1 мкл крові). На підставі епідемічного анамнезу, клінічної картини (гарячка, інтоксикація, збільшення розмірів печінки і селезінки, знаходження в крові *P. falciparum*), встановлений діагноз: Первинна тропічна (*P. falciparum*) малярія тяжкий перебіг, завозний випадок. 28.03.2000 р. клінічний стан хворого погіршився, кількість паразитів збільшилася до 26 тис. в 1 мкл крові (на 8 годину) і 32 тис. в 1 мкл крові (на 17 годину). Приймаючи до уваги реальну загрозу розвитку малярійної коми, в зв'язку з відсутністю в аптечній мережі та ЛПЗ (не тільки області а й України) препаратів хініну, призначена одна з схем лікування делагілостійких форм малярії, рекомендована експертами ВООЗ, а саме доксициклін та метакельфін (комбінація сульфалену та піриметаміну). Вказані препарати в терапевтичних дозах хворий одержав о 17:00, а з 22:00 – хінін і мефеохін внутрішньовенно.

09.04. у хворого виник рецидив, який перебігав у більш легкій формі. 20.04. хворий виписаний в задовільному стані.

За даними обласної СЕС в області існує постійна загроза виникнення випадків завозної і навіть місцевої малярії. Протягом 1999 р. в область прибули 491 особи з 12 країн, небезпечних по малярії. 74% паспортизованих водоймищ анафілогенні. Середньосезонний характер чисельності переносника малярії дорівнює для імаго 12,9 екз на 1м², для личинок 24,6 екз на 1м² при середньому в Україні 16,04.

Тривалість періоду з середньою добовою температурою повітря вище 15°C в сезон 1999 р. становила 122 доби, що відповідає високій можливості розповсюдження збудника малярії.

Ситуація ускладнюється ще й тим, що проблема забезпечення протималярійними препаратами лікувально-профілактичних закладів с бласті практично не вирішена. В зв'язку з тим, що більшість препаратів для лікування делтагостійких форм малярії (в т.ч. хінін) в Україні не зареєстровані, в ЛПЗ області є в наявності лише делтагіл та тетрациклін і доксіциклін.

Таким чином, малярія залишається однією з важливих проблем інфектології і потребує уваги з боку не тільки інфекціоністів, а й усіх медичних працівників.

ЗМІСТ

О. П. Павлюк	
Медико-соціальні аспекти вірусних гепатитів	3
М. Д. Чемич	
Епідеміологічні особливості вірусних гепатитів А та В в сучасних умовах	4
В. М. Бутенко, Г. С. Зайцева	
Професійна захворюваність вірусним гепатитом В медичних працівників міста Суми	7
Р. М. Ель-Шокрі	
Класифікація гострих та хронічних вірусних гепатитів	10
Н. І. Ільїна	
Деякі особливості сучасних парентеральних гепатитів	12
В. В. Рябіченко	
Особливості перебігу гострих вірусних гепатитів з явищами холестазу	14
І. О. Троцька, Л. П. Кулеш	
Клінічна ефективність АМІЗОНУ при лікуванні хворих на вірусний гепатит А	16
Л. П. Кулеш	
Досвід лікування вірусних гепатитів лафероном і аміксином	18
Н. В. Клименко	
Лікування хворих на вірусний гепатит А	19
О. І. Сміян, Т. П. Бинда	
Диференціальна діагностика жовтяниць новонароджених	20
С. І. Кругляк	
Диференціальна діагностика вірусного гепатиту та підпечінкової жовтяниці в дітей старше 1 року	24
Я. С. Жернова, П. С. Вержанський	
Про перебіг жовчнокам'яної хвороби, ускладненої жовтяницею, у вагітних жінок	27
В. В. Рябіченко	
Хронічні вірусні гепатити	29

Т. М. Алещенко	
Лабораторна діагностика хронічних вірусних гепатитів	31
О. Г. Самойленко, І. О. Троцька	
Помилки в діагностиці вірусних гепатитів у Сумській області	34
І. О. Троцька	
Підсумки роботи інфекційної служби Сумської області за 1999 рік	35
Н. О. Зарічанська, І. О. Троцька, С. Е. Шолохова	
Випадок завозної тропічної малярії в м. Конотопі	41

**ВІРУСНІ ГЕПАТИТИ:
НОВЕ В ДІАГНОСТИЦІ І ЛІКУВАННІ**
Матеріали обласної науково-практичної конференції
(22 червня 2000 року, м. Суми)

Стиль та орфографія авторів збережені

Підписано до друку **12.06.00.** Формат 60 x 84/16. Умовн. друк. арк. **3,29.**
Наклад. 80 прим. Замовлення № **257** Облік. – вид. арк. **2,44.**
Умовн. фарбовідб. **3,53.**

Вид-во СумДУ. 40007, Суми, вул. Р. – Корсакова, 2
«Ризоцентр» СумДУ. 40007, Суми, вул. Р. – Корсакова, 2