

Таблица 2 – Структура распространенности инфекционной заболеваемости среди основных и контрольной групп, %.

Рубрики и классы заболеваний по МКБ-9	1970 – 1989 гг.		1990 – 2005 гг.	
	Основная группа	Контрольная группа	Основная группа	Контрольная группа
Кишечные инфекции (001-009) 003 – сальмонеллезные токсикоинфекции; 004 – бактериальная дизентерия; 005 – другие пищевые отравления; 009.2 – инфекционная диарея.	57,8	56,7	53,1	53,0
Туберкулез (010-018) 010 – первичная туберкулезная инфекция; 011 – туберкулез легких; 015 – туберкулез костей и суставов.	6,1	5,4	9,2	9,3
Другие бактериальные болезни (030-041) 032 – дифтерия; 034.1 – скарлатина; 035 – рожа; 036 – менингококковая инфекция.	13,4	12,3	8,7	9,1
Полиомиелит и другие вирусные болезни центральной нервной системы (045-049) 047 – 047.9 – менингиты, вызванные энтеровирусами;	7,3	7,1	12,1	12,8
Вирусный гепатит (070 -079) 070.0 -070.4 – вирусный гепатит А и В	9,6	8,9	10,8	10,1
Гельминтозы (120-129)	5,8	5,6	6,1	5,7
Всего:	100%	100%	100%	100%

Таким образом, установлена четкая дозовая зависимость достоверного увеличения распространенности уровней инфекционных и паразитарных заболеваний среди лиц основных групп. Эта закономерность в большей мере была подтверждена в первом временном промежутке исследования. Когда относительные риски этих заболеваний в первой основной группе имели почти двукратное превышение над таковыми в контрольной. Подтверждением вышеуказанных закономерностей явилось установление дозового порога (150 -300 мзв), при котором только в первом десятилетии после формирования доз регистрировалось превышение уровней, изучаемых заболеваний над показателями контроля с нивелированием в последующие годы.

Литература:

1. Кулкыбаев Г.А., Шпаков А.Е. Современные направления развития гигиены окружающей среды и проблемы их реализации в Республике Казахстан // Гигиена труда и мед. экология, 2004. - № 1. - С.3-10.
2. Пивоваров Ю.П. Современные проблемы экологии человека // Бюл. Научного Совета Медико-экол. пробл. работающих, 2004. - № 3. - С. 59-69.
3. Кульжанов М.К., Кадырова Р.Х., Петров П.П., и др. Состояние здоровья и уровень заболеваемости населения республики Казахстан по территориям с учетом влияния комплексных факторов // Здравоохранение Казахстана, 1994.- № 4.- С.23-25.
4. Ставицкий Р.В., Лебедев Л.А., Мехеечев А.В. и др. Некоторые вопросы действия малых доз ионизирующего излучения // Мед. радиол. и радиац. безопасность, 2003. - Т.48, №1. - С. 30–39.

УДК 616.36–006.04–087.163 (048)

РАННИЕ УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРИЗНАКИ ТРАНСФОРМАЦИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ

Н. Е. Аукунов, Б. О. Адиева, Д. Н. Кусаинова, А. А. Аукунова
Государственный медицинский университет г.Семей

В ходе настоящего исследования, выявлено к ранним уз-признакам сформировавшегося ЦП можно отнести спленомегалию (длина селезенки более 12,0 см) и расширение селезеночной вены (>0,8 см), являющихся начальными проявлениями синдрома ПГ. Параллельно прогрессирующей спленомегалии и расширению селезеночной вены развивается коллатеральное русло. Постепенно нарастает структурная перестройка паренхимы печени, проявляющаяся неровностью контура, неоднородностью структуры и деформацией хода внутрипеченочных сосудов. К поздним уз-признакам декомпенсированного ЦП и выраженной ПГ можно отнести асцит, расширение воротной вены, снижение скорости воротного кровотока, а также в ряде случаев появление обратного кровотока в ветвях воротной вены.

Осы зерттеулер нәтижесінде бауыр циррозының ерте уздз белгілеріне ПГ синдромының бастапқы көрінісі болып табылатын спленомегалияны (көкбауыр ұзындығы 12,0 см көп) және көкбауырлық көктамырдың кеңеюін (0,8 см-ден >) жатқызуға болады. Әршімелі спленомегалия және көкбауырлық көктамырдың кеңеюімен бірге коллатералды ағым дамиды. Біртіндеп бауыршілік тамырлары жолдарының деформациясы және құрылымының

біртекті еместігі, шетінің біртекті еместігін айқындайтын бауыр паренхимасының құрылымдық қайта құруы өршиді. Декомпенсирленген бауыр циррозының және айқын ПГ-ның кеш удзг белгілеріне асцитті, қақпа көктамырының кеңеюін, қақпа көктамырының ағысының жылдамдығының төмендеуін жатқызуға болады, сонымен қатар қақпа көктамырының тармақтарының кері ағымының пайда болуы байқалады.

During the present research, it is taped to early ultrasonic indications generated a hepatocirrhosis it is possible to carry a splenomegaly (length of a lien more than 12,0 sm) and expansion of a splenic vein (> 0,8 sm), being initial implications of a syndrome of a portal hypertension. To in parallel progressing splenomegaly and expansion of a splenic vein the collateral bed develops. Structural reorganisation of a parenchyma of the liver, shown by roughness of a contour, heterogeneity of structure and deformation of intrahepatic vessels gradually accrues. Decompensated a hepatocirrhosis and the expressed portal hypertension it is possible to carry an ascites, expansion of a portal vein, depression of rate of a portal blood flow, and also in some cases occurrence of a return blood flow to late ultrasonic signs in branches of a portal vein.

По данным ВОЗ ежегодно в разных странах около 300 тыс. человек заболевают вирусным гепатитом В. Во всем мире насчитывается более 350 млн. носителей HBV, 45 млн. из которых по статистике погибают от цирроза печени (ЦП) и портальной гипертензии (ПГ). Еще более серьезную опасность представляет вирусный гепатит С. В Казахстане частота встречаемости инфекции HCV составляет около 4,5 %.

Социальная и эпидемиологическая значимость хронической патологии печени определяется высокой интенсивностью эпидемического процесса, длительной утратой трудоспособности, инвалидизацией, высокой смертностью, а также существенным ростом данных показателей в многолетней динамике [1, 2, 3].

Ежегодно болезнями печени заболевают не менее одного миллиона жителей земного шара [3, 4]. Считается, что в настоящее время на планете проживают 350 млн. человек, страдающих ХГВ и 500 млн - ХГС [3]. В настоящее время в России проживают более 5 млн носителей HBV [3, 4].

Ранняя диагностика этих заболеваний чрезвычайно важна. Своевременное выявление данной патологии позволяет с помощью профилактических и фармакологических средств существенно увеличить длительность и улучшить качество жизни таких больных. Одним из важнейших диагностических методов современной гепатологии является ультразвуковое исследование с применением методик ультразвуковой ангиографии (УЗ-ангиографии). Возможности и ограничения этого комплексного исследования до конца не определены. Несмотря на большое количество публикаций, посвященных УЗ-доплерографии при диффузных заболеваниях печени и патологии печеночных сосудов, данная проблема остается изученной недостаточно: отсутствует об-

щепринятая методика уз-ангиографии сосудов печени, значения количественных показателей печеночной гемодинамики различаются у разных авторов, до конца не определено место уз-ангиографии в диагностическом алгоритме обследования таких больных. Отсутствуют точные данные о динамическом изменении внутриорганный кровообращения при прогрессировании патологического процесса.

Цель исследования

Целью настоящего исследования явилось определение возможностей ультразвуковой ангиографии печени в диагностике вирусных гепатитов и их осложнений.

Материал и методы исследования

В основу исследования положены результаты комплексного клинического обследования 103 больных с диффузными заболеваниями печени.

У 101 больного был диагностирован ЦП, у 25 - хронический вирусный гепатит (ХВГ) без признаков ЦП и ПГ, у 17 - тромбоз воротной вены различной этиологии. Контрольную группу составили 20 больных язвенной болезнью, не имевших признаков патологии печени.

Всем больным было выполнено комплексное обследование, стандартное для отделения гастроэнтерологии ЦКБ. Оно включало подробный сбор анамнеза, физическое исследование, УЗИ с УЗ-ангиографией печени (100 % больных), биохимический и общий анализы крови (100 % больных), исследование крови на маркеры вирусных гепатитов (100 % больных). Клинический диагноз подтвержден гистологически при чрезкожной биопсии печени у 53,8 % больных.

Настоящая работа была выполнена на ультразвуковых сканерах высшего класса (Toshiba 370A Power vision 6000 Япония). Использовались мультисекторные конвексные датчики с частотой 4,2 Mhz.

Таблица 1. - Распределение больных по характеру патологии.

Характер патологии	Количество больных	Пол м / ж чел.	Возраст, лет
ХВГ	25	13 / 12	38,4 ± 15,3
ЦП в исходе ХВГ	33	19 / 14	59,1 ± 17,7
Контрольная группа	20	9 / 11	51,1 ± 8,6

Исследование сосудов печени проводилось в режиме УЗ-ангиографии, включавшей цветовое доплеровское и энергетическое картирование (ЦДК и ЭД), импульсно-волновой доплер (ИД).

Статистическая обработка результатов выполнялась на ПК с помощью программы Microsoft Excel 2003. Достоверность различий между сравниваемыми величинами определялась по критерию Стьюдента. Оценивались общепринятые критерии оценки информативности метода: чувствительность, специфичность, точность, положительный и отрицательный предсказательные тесты.

Результаты исследований

На основании данных, полученных в процессе исследования, была отмечена невысокая чувствительность УЗИ в режиме серой шкалы для диагностики ЦП (58,4 %). Были выделены два типа уз-признаков, позволяющих обнаружить ЦП и сопровождающую его ПГ: безусловные и условные. К безусловным признакам были отнесены: неровность контура печени, извитой ход внутрипеченочных сосудов, кровотоков в параумбиликальной вене (ПУВ) и обратное направление воротного кровотока. Эти признаки показали высокую специфичность (100 %), кроме того они отражали прямые признаки ЦП и ПГ - процессы фиброзирования и регенерации паренхимы печени, шунтирование воротного кровотока

К условным признакам были отнесены: спленомегалия, асцит, расширение вен воротной системы, снижение скорости воротного кровотока ($V_{pv} < 15$ см/сек), повышение индекса резистентности печеночной артерии

($R_{Iha} \geq 0,74$), измененный кровоток в печеночных венах. За критерий формирования ЦП принималась совокупность из не менее трех условных уз-признаков.

Таблица 2. - Частота встречаемости безусловных и условных признаков цирроза печени и портальной гипертензии.

Признак	ЦП	ХВГ	Контроль
1. Безусловные признаки			
Неровный контур печени	58,4 %	0 %	0 %
Реканализация ПУВ	41,6 %	0 %	0 %
Извитой ход сосудов печени	42,0 %	0 %	0 %
Гепатофугальный воротный кровоток	4,0 %	0 %	0 %
2. Условные признаки			
Спленомегалия	74,3 %	20,0 %	0 %
Расширение вен воротной системы	65,3 %	8,0 %	0 %
Изменение кровотока в печеночных венах	61,4 %	32,0 %	0 %
Снижение скорости воротного кровотока	39,6 %	4,0 %	0 %
Высокий R_{Iha}	33,8 %	31,3 %	5,0 %
Асцит	30,7 %	0 %	0 %

Частота встречаемости безусловных и условных признаков ПГ приведена в таблице 2 на стр. 7.

Дополнение исследования уз-ангиографией позволило повысить чувствительность и точность метода для диагностики ЦП с 58,4 % до 76,2 % и с 71,2 % до 82,9 %, соответственно. Незначительное снижение специфичности со 100 % до 97,8 % не уменьшило ценность комплексного УЗИ.

У больных всех групп были проанализированы значения основных ультразвуковых параметров, отражающих структурные и гемодинамические изменения при ЦП. При анализе полученных данных были выявлены следующие особенности: V_{pv} была снижена у больных ЦП в сравнении с контрольной группой. Исключение составили больные ЦП в исходе аутоиммунного гепатита, у которых не отмечалось снижения данного показателя, что тем не менее не может являться четким дифференциальным критерием этого заболевания (достоверное различие между V_{pv} у больных групп Б и В отсутствовало - $19,9 \pm 4,4$ и $16,9 \pm 3,4$ см/сек, ($p > 0,05$)). V_{sv} не различалась у больных с разными формами ЦП. Измененный кровоток в печеночных венах встречался у 50 % больных ЦП вирусной этиологии. R_{Iha} был повышен только у больных ЦП в исходе ХВГ и аутоиммунного гепатита ($0,75 \pm 0,07$ и $0,79 \pm 0,08$ ($p < 0,05$ и $p < 0,05$)). У больных алкогольным ЦП среднее значение R_{Iha} достоверно не отличалось от такового в группе контроля. У больных ЦП с ОАГ R_{Iha} был снижен, что отличало эту группу от остальных: в сравнении с контрольной группой ($0,61 \pm 0,06$ и $0,68 \pm 0,04$ ($p < 0,05$)); в сравнении с больными алкогольным ЦП в абстиненции ($0,61 \pm 0,06$ и $0,70 \pm 0,06$ ($p < 0,05$)). Низкий R_{Iha} ($\leq 0,61$) являлся высокочувствительным и высокоспецифичным признаком атаки ОАГ (чувствительность - 89,3 %, специфичность - 97,3 %, положительный предсказательный тест - 92,6 %, отрицательный предсказательный тест - 96,0 %, точность теста - 95,1%).

Реканализация ПУВ отмечалась у 30,4 % больных вирусным ЦП, у 11,1 % больных ЦП в исходе аутоиммунного гепатита, у 60,9 % больных алкогольным ЦП в абстиненции и у 55,6 % больных ЦП с атакой ОАГ. Несмотря на большую частоту встречаемости данного признака ПГ среди больных алкогольным ЦП, последний не может считаться дифференциальным критерием этого заболевания.

Передне-задний размер правой доли печени был увеличен во всех группах больных ЦП. Длина селезенки

повышенной и существенно не различалась среди больных с разными этиологическими формами ЦП.

На основании вышеприведенных данных, мы пришли к следующему выводу: точная дифференциальная диагностика этиологии ЦП при УЗИ не представляется возможной. Исключение составляют случаи ОАГ, при котором помимо уз-признаков ЦП, будет отмечаться характерное изменение резистентности артериального печеночного русла.

При определении динамики нарастания проявлений ПГ прослеживалась эволюция уз-признаков ПГ у больных с разными функциональными классами по классификации Чайлд-Пью, имевших разную степень ВРВП. У больных ХВГ без признаков ЦП, а также у больных ЦП с функциональным классом А по классификации Чайлд-Пью, не имевших ВРВП, ультразвуковых критериев ЦП и ПГ выявлено не было. Дифференциальная ультразвуковая диагностика ХВГ и "доклинической" стадии ЦП не представлялась возможной. Диагноз можно было поставить исключительно на основании данных пункционной биопсии печени. У больных ЦП с функциональным классом А по классификации Чайлд-Пью, имевших начальную степень ВРВП, отмечались умеренное расширение селезеночной вены - в среднем до $0,86 \pm 0,21$ см и умеренное увеличение селезенки - в среднем до $12,9 \pm 2,5$ см, что достоверно отличало этих больных от группы контроля и от больных ХВГ, не имевших признаков ЦП или ПГ ($p < 0,05$ и $p < 0,05$; $p < 0,01$ и $p < 0,05$, соответственно). Скоростные показатели кровотока в венах воротной системы у больных данной группы имели тенденцию к снижению, однако их средние значения укладывались в пределы допустимой нормы. У 30,4 % больных был выявлен кровоток в ПУВ, у 39 % отмечалась неровность контура печени. Ультразвуковой метод показал невысокую чувствительность для диагностики ЦП у таких больных - 52,2 %, при высоких значениях специфичности, точности, положительного и отрицательного предсказательного тестов - 97,8 %, 82,4 %, 92,3 % и 80,0 %, соответственно.

Подводя итог вышеприведенным данным, необходимо отметить, что УЗ-диагностика ЦП дает хорошие результаты у больных, не имеющих признаки ПГ, часто затруднена при наличии начальных проявлений ПГ и имеет исключительно высокую информативность при исследовании больных со сформировавшимся синдромом ПГ.

Литература:

1. Зубарев А.В. Ультразвуковая цветовая ангиография при очаговых поражениях печени. // Медицинская визуализация. - 1997. - №3. - С.32.
 2. Чистова Л.В. Новая классификация хронических гепатитов и основные принципы их патогенетической терапии. // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 1997. - №3. - С. 55-61.

3. Berg T.U. Hopf: Therafieder chronischen Virushepatitis. // Dtsch. med. Wschr. - 1997. - №122. - P. 185-191.

4. Шалимов А.А., Калита Н.Я., Котенко О.Г. Гемодинамика печени при циррозе с синдромом портальной гипертензии. // Журнал АМН Украины. - 1997. - №2. - Т.3. - С.255-266.

УДК 616.36-006.04-087.163 (048)

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТАМ В ГОРОДЕ СЕМЕЙ

Н.К. Шаймарданов, Н.Е. Аукунов, А.Т. Токтабаева, Ш.Ж. Курманбаева, Т. Ерденбеков

Государственный медицинский университет г. Семей

ГУ «Управление государственного санэпиднадзора по г. Семей» ДКГСЭН МЗ РК по ВКО

Проведен анализ эпидемиологической ситуации по г. Семей вирусных гепатитов за 2009-2010 гг. Было выявлено снижение острых вирусных гепатитов и повышение хронических форм хронических вирусных гепатитов в 19,2 раза. Среди медицинских работников обследованных на маркеры парентеральных гепатитов было выявлено 49 случаев ХВГ, из которых в 91,8% случаев это больные ХВГ перевязочных и процедурных кабинетов.

The analysis of an epidemiological situation on a city of Families of virus hepatitis for 2009-2010 is carried out. Was depression of acute virus hepatitis and rising of chronic forms of chronic virus hepatitis in 19,2 times is taped. Among medical workers of the parenteral hepatitis surveyed on markers 49 cases HCV and HBV from which in 91,8 % of cases it is patients of dressing rooms and rooms for medical procedures have been taped.

Семей қаласы бойынша 2009-2010 жылғы вирусты гепатиттің эпидемиологиялық жағдайын анықтау сараптамасы жүргізілді. Тексеру кезінде вирустық гепатиттің жедел түрлерінің азайғаны, ал созылмалы түрлерінің 19,2 есе көбейгені анықталды. Парентералды гепатит маркерлеріне тексерілген медицина қызметкерлерінде 49 жағдайда созылмалы вирусты гепатит екені анықталды, солардың ішінде созылмалы вирустық гепатитке шалдыққандардың 91,8 % таңу және ем шара жүргізу бөлмесінің қызметкерлері.

Актуальность Вирусные гепатиты остаются наиболее распространенными заболеваниями в структуре всех инфекционных болезней, как у нас в Казахстане, так и во всем мире. Настораживает преимущественное поражение лиц молодого репродуктивного возраста, а также значительная роль в формировании цирроза печени и первичной гепатоцеллюлярной карциномы [1,2,3]. В мире в настоящее время инфицировано вирусами гепатита более 300 млн. человек [3], около 2 млн. человек с разными формами гепатита и около 40 млн. человек с циррозом печени и гепатоцеллюлярной карциномой на фоне вирусного гепатита В ежегодно погибает [Bortolotti F., 2002; Chen C.J., et al., 2006; Искаков Б.С. и др., 2008]. По данным ВОЗ в США и странах Западной Европы хронические гепатиты и циррозы печени как причина смерти переместились с 10 на 5 место [Недогода В.В., 2000; Steinberg J.L. et al., 2000; Chu C.J. et al., 2003].

Казахстан относится к территориям с высокой эндемичностью вирусных гепатитов и входит в число стран с высоким процентом носительства HBs-антигена [Сулейменова З.И. и др., 2008]. В структуре заболеваемости имеет место отчетливый рост хронических форм вирусных гепатитов, что свидетельствует о неполной эффективности применяемой терапии [Шахгильдян И.В. и др., 2008]. Противоречивы данные о причинах роста заболеваемости вирусными гепатитами. В настоящей работе проанализированы статистические данные по г. Семей заболеваемости вирусными гепатитами.

Цель работы: изучение эпидемиологической ситуации по вирусным гепатитам в г. Семей.

Материал и методы исследования:

Объектом исследования послужили амбулаторные и медицинские карты стационарных больных, пролеченных в инфекционных отделениях городской инфекцион-

ной больницы г. Семей.

Обсуждение и результаты:

Всего за 2010г. по г. Семей зарегистрировано 15 случаев вирусного гепатита все случаи были городские, в 2009 году зарегистрировано 48 случаев вирусного гепатита, из них городских - 14,8%, сельских - 5 21,3%, отмечается снижение заболеваемости в 3,2 раза по сравнению с прошлым годом. Заболеваемость среди детей до 14 лет за 2010 г. составила - 4,4% случаев; из них все были городские, в 2009 г - 20 случаев, интенсивный показатель составил - 32,5; из них городских - 18, сельских 2, снижение в 6,7 раза. Из всех выявленных 15 случаев вирусных гепатитов в 2010 году на долю вирусного гепатита А (ВГА) приходится 10 случаев (66%), причем все больные были городскими. В 2009 году было выявлено 48 больных, таким образом, снижение заболеваемости произошло в 6,7 раза. Все 10 случаев протекали средней степени тяжести, желтушной форме. Механизм передачи был контактно-бытовой. По возрасту были распределены от 1 года жизни до 31 года.

За 2010г зарегистрировано 4 случая острого вирусного гепатита В (ОВГВ). Среди сельского населения и детей до 14 лет заболевших в 2010 гг. нет. В 2009г зарегистрировано на один больше - 5 случаев ОВГВ. По контингентам они были распределены следующим образом служащий - 1 случай, рабочий -1 случай, не работающий - 2 случая. Все больные состояли в возрастной группе от 27-37 лет. У троих ВГВ протекал со средней степенью тяжести, у одной как тяжелая, с переходом в фульминантную форму. Все случаи были желтушной формы.

В 2010 года зарегистрирован 1 случай острого вирусного гепатита С (ВГС) (интенсивный показатель 0,3), в 2009 году не было ни одного случая. Больной был в