

ЛИТЕРАТУРА:

1. Абашин, Н.Н. Удовлетворенность пациента как показатель качества медицинской помощи / Н.Н. Абашин // Проблемы социальной гигиены и история медицины. – 1998. - №5.– С. 31-33.
2. Островская, Е. В. Об оценке качества медицинской помощи/ Е.В. Островская, В. А. Фетисов// Материалы научно-практической конференции молодых специалистов. – СПб. : Изд-во НИИХ СПбГУ, 2000 – С.47-49
3. Тишук, Е.А. Социологическое исследование состояния и перспектив реформирования здравоохранения на региональном уровне/ Е.А. Тишук., П. Е. Чесноков// Проблемы социальной гигиены и история медицины. – 1998.-№ 6. – С. 3-7.

ЗАВИСИМОСТЬ АКТИВНОСТИ И ХРОНИЗАЦИИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ВИДА ТЕРАПИИ

Прокопчик Н.И., Черняк С.А., Цыркунов В.М.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. HCV-инфекция сопровождается прогрессированием фиброза в печени, несмотря на использование противовирусной и патогенетической терапии. Декомпенсация печеночной недостаточности у больных хроническим гепатитом С (ХГС) и циррозом печени который формируется у 20-30% пациентов в конечном итоге требует пересадки печени либо приводит к смерти[1].

Цель – установить зависимость степень активности и стадии хронизации ХГС в зависимости от стажа болезни и варианта терапии.

Методы исследования. Объект исследования – 75 пациентов с диагнозом ХГС. 1 группа – 53 пациента – не получали интерферонотерапию (ИФТ). В зависимости от продолжительности течения ХГС было выделено две подгруппы: 1-я – 32 пациента со стажем ХГС до 4 лет, 2-я – 21 человек с длительностью заболевания 5-9 лет. Во 2 группу вошли 22 пациента, прошедшие курс терапии стандартными интерферонами по протокольной схеме и обследованные до назначения и после окончания курса ИФТ. С учетом продолжительности течения ХГС пациенты 2 группы были так же распределены на 2 подгруппы: 1-я – 14 человек со стажем до 4 лет, 2-я – 8 человек со стажем 5-9 лет. Средний возраст всех обследуемых составил 27,2 года. Для оценки характера морфологических изменений в печени проводилась пункционная биопсия печени с последующей обработкой результатов посредством диагностической системы, разработанной В.В. Серовым и соавторами [2].

Результаты и их обсуждение. По мере увеличения продолжительности течения ХГС характер патологических морфологических изменений в печени нарастал.

При оценке среднего значения гистологического индекса степени активности воспаления (ГИСА) у пациентов 1 группы были выявлены следующие показатели: в 1-й подгруппе индекс составил 10,7 баллов, во 2-й подгруппе 16,1 баллов. Низкая степень активности ХГС была отмечена у 70,4% пациентов в 1-й подгруппе и у 66,7% – во 2-й подгруппе. Умеренная степень активности ХГС наблюдалась у 29,6% пациентов 1-й подгруппы и у 33,3% – 2-й подгруппы. Высокая степень ак-

тивности ХГС среди обследованных пациентов не определялась.

Слабо выраженный фиброз печени и первая стадия хронизации наблюдались у 96,3% пациентов 1-й подгруппы и у 80% – 2-й подгруппы. Умеренно выраженный фиброз печени и вторая стадия хронизации выявлены у 3,7% пациентов 1-й и у 13,3% из 2-й подгруппы. Тяжелый фиброз печени и третья стадия хронизации верифицирована лишь у 1 пациента из 2-й подгруппы. Цирроз печени и четвертая стадия хронизации у пациентов 1 группы не определялась.

Необходимо отметить, что исходные морфологические показатели в печени у пациентов из первой подгруппы, получавших ИФТ отличались от подгруппы пациентов с тем же стажем (до 4-х лет), но не получавших ИФТ. Это свидетельствовало о наличии более «жестких» критериев отбора пациентов для ИФТ, включая ряд субъективных причин (требование пациентов назначить терапию, наличие у них существенных изменений биохимических и клинических показателей). Исходный показатель ГИСА в данных подгруппах так же отличался на 3,7 балла или на 27%.

В процессе ИФТ у пациентов со стажем ХГС до 4 лет динамика всех показателей свидетельствовала об улучшении морфологической картины. Так же произошло снижение среднего значения ГИСА среди данных пациентов на 55,6%.

Во 2-й подгруппе пациентов со стажем ХГС 5-9 лет при более высоком исходном показателе ГИСА (16,4 балла), в сравнении с 1-й подгруппой, снижение ГИСА после ИФТ было еще более существенным (72,5%), до 4,5 баллов.

Важной особенностью явилось отсутствие морфологических признаков гепатита в биоптате после курса ИФТ у 3 (21,4%) пациентов из 1-й подгруппы и 1 пациента (12,5%) из 2-й подгруппы. В 1-й подгруппе произошло уменьшение количества пациентов с низкой активностью гепатита на 12,5%. Во 2-й подгруппе наоборот, количество таких пациентов выросло на 40%. В 1-й подгруппе после курса ИФТ число пациентов с умеренной активностью гепатита снизилось на 75%, а во 2-й подгруппе у всех 3 (37,5%) пациентов после ИФТ признаки умеренной активности гепатита не определялись.

На фоне ИФТ в 1-й подгруппе произошло снижение числа пациентов с 1 стадией хронизации и слабым фиброзом на 28,6% (с 7 до 5 пациентов). Во 2 подгруппе пациентов 1 стадия хронизации и слабый фиброз после ИФТ определялись в 2 раза реже, чем до ИФТ. Умеренный фиброз и 2 стадия хронизации, определяемые до ИФТ у 1 (7,1%) пациента, после терапии не выявлялись.

Выводы. Хронизация в печени у пациентов со стажем до 9 лет верифицируется от слабо выраженного до тяжелого фиброза. Более выраженные фибротические изменения зафиксированы у пациентов, которым не назначалась ИФТ.

Противовирусная терапия стандартными интерферонами оказала заметное положительное влияние на снижение показателей, характеризующих активность и хронизацию ХГС, независимо от стажа болезни.

Применение стандартных интерферонов показано пациентам со стажем ХГС до 9 лет, которым по разным причинам более современная терапия недоступна.

ЛИТЕРАТУРА

1. Hepatitis C and liver fibrosis / D. Schuppan [et al.] // Cell Death and Differentiation. – 2003. – Vol. 10. – P. 59–67.
2. Серов, В.В. Морфологические критерии оценки этиологии, степени активности и стадии процесса при вирусных хронических гепатитах В и С / В.В. Серов, Л. О. Севергина // Архив патологии. – 1996. - № 4. – С. 61-64.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ, ВЫЗВАННЫХ УСЛОВНО-ПАТОГЕННОЙ ФЛОРОЙ У ДЕТЕЙ

Пронько Н.В., Леошко К.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. В инфекционной патологии детского возраста все большую значимость приобретает условно-патогенная флора (УПФ) такая как стафилококк, протей, клебсиелла, цитробактер, энтеробактер и др. [1, 2]. Основными причинами этого являются: нарушение экологической обстановки, наличие постоянного резервуара УПФ в природе, нерациональное применение антибиотиков, снижение иммунологической резистентности детского организма [3, 4]. До настоящего времени не установлена роль ряда условно-патогенных микробов в этиологии острых кишечных инфекций (ОКИ) у детей, недостаточно полно изучены клинические аспекты диарей, вызванных УПФ, зависимость особенностей клиники от состояния преморбидного фона, возраста пациентов, тяжести инфекционного процесса [1, 5].

Цель исследования: изучение этиологического спектра возбудителей, клинико-эпидемиологическая характеристика ОКИ у детей, вызванных УПФ на современном этапе.

Методы исследования. Проведен анализ 337 историй болезни детей, лечившихся в детском отделении кишечных инфекций Гродненской областной инфекционной клинической больницы за период с 2007 по 2011 год в возрасте от 1 месяца до 14 лет, с диагнозом ОКИ, вызванных УПФ. Обследование проводилось согласно клиническим протоколам, утвержденным МЗ РБ.

Результаты и их обсуждение. За последние годы в этиологической структуре бактериальных ОКИ возрос удельный вес УПФ с 8,9% в 2007 году до 15,9% в 2011 году. Из 337 пациентов, поступивших в стационар, мальчики составили 57,6% (194), девочки 42,4% (143). Преимущественно это были дети первых трех лет жизни 83,4% (281), из них дети первого года жизни составили 54,9% (158). В ранней возрастной группе (дети первого года жизни) доминировали ОКИ стафилококковой и клебсиеллезной этиологии (65,2% и 57,1% соответственно). Распределение пациентов по заключительному клиническому диагнозу было следующим: ОКИ протейной этиологии (*Proteus mirabilis*, *Proteus vulgaris*) выявлена у 98 (29,08%) пациентов; ОКИ стафилококковой этиологии (*Staphylococcus*