

Таблица 1 – Результаты тестирования заведомо положительных и отрицательных сывороток на наличие антител к вирусу гепатита С

Тест-системы	Всего протестировано*		Результат	
	Положит.	Отрицат.	Положит.	Отрицат.
Коммерческая (Россия)	50	40	50	37
БеларГепС-АТ (Беларусь)	61	47	60	47

Примечание: * - положительные и отрицательные сыворотки были получены из ГИКБ г. Минска после тестирования коммерческой, зарегистрированной в РБ иммуноферментной тест-системой (Россия), с последующим подтверждением методом ПЦР-анализа. Тестированные БеларГепС-АТ тест-системой сыворотки включали все положительные и отрицательные образцы, анализируемые коммерческой (Россия) тест-системой.

При расчете чувствительности и специфичности анализируемых тест-систем оказалось, что по чувствительности отечественная тест-система лишь незначительно уступает российской, тогда как по специфичности превосходит последнюю.

Таким образом, сравнительный анализ отечественной и российской тест-систем, предназначенных для выявления антител к ВГС, показал, что разработанная тест-система не уступает по показателям чувствительности и специфичности российской.

**Vladyko A.S., Fomina E.G., Scheslenok E.P., Tkachev S.V.,
Shkolina T.V., Rogacheva T.A., Petkevich A.S., Ignatiev G.M.**

**COMPARATIVE ANALYSIS OF THE SENSITIVITY AND SPECIFICITY OF ENZYME TEST- SYSTEMS FOR DETECTION OF ANTIBODIES TO C VIRUS HEPATITIS
The Republican Research and Practical Center for Epidemiology and Microbiology, Minsk
City infectious Clinical Hospital, Minsk**

Comparative analysis developed and commercial diagnostic tests-systems designed to detect antibodies to the hepatitis C virus showed that received recombinant proteins containing fragments of viral antigens and used in the our test system, able to detect antibodies to hepatitis C in patients sera with high sensitivity and specificity compared with the same parameters defined when using commercial test kit.

Водоевич В.П., Варнакова Г.М., Масилевич А.М.

**СЛУЧАЙ ЛЕКАРСТВЕННОГО ГЕПАТИТА С ВЫРАЖЕННЫМ ХОЛЕСТАЗОМ
Гродненский государственный медицинский университет,
УЗ «Городская клиническая больница № 4», Гродно, Беларусь**

Больной Ч., 68 лет (история болезни №3207), поступил в пульмонологическое отделение ГКБ № 4 г. Гродно 09.04.10 г. по направлению поликлиники с диагнозом: обострение хронического бронхита, бронхопневмония? При поступлении предъявлял жалобы на приступообразный сухой кашель, одышку при незначительной физической нагрузке, сердцебиение, выраженную потливость, слабость, субфебрильную t°, тяжесть в правом подреберье. Считает себя больным около месяца, когда появились насморк, кашель и заложенность левого уха. ЛОР-врач приписал капли в ухо. 01.04.10 г. больному была произведена рентгенография органов грудной клетки, где видимой патологии не обнаружено. В общем анализе крови выявилась повышенная СОЭ – 31 мм/час, поэтому участковый терапевт назначил больному терафлю по 1 табл. 2 раза в день (7 дней) и ломефлоксацин в таблетках по 400 мг (больной принял 4 табл.) Однако состояние больного через неделю ухудшилось – к «старым» жалобам (насморк, кашель, заложенность левого уха) присоединились жалобы, изложенные выше.

При поступлении – состояние больного удовлетворительное. Отмечается повышенная влажность кожных покровов, иктеричность склер. В легких хрипы не выслушиваются, но число дыханий в покое – 22 в 1 минуту. Сердце – умеренная тахикардия – 88 уд. в 1 минуту,

тоны приглушены, ритмичные. АД – 145/90 мм рт. столба. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. На ЭКГ – блокада правой ножки пучка Гиса (была и ранее).

Учитывая, что больной поступил в отделение в период эпидемии гриппа, больному был назначен тамифлю по 75 мг 2 раза в день (в капсулах) и цефепин по 1,0 внутримышечно 2 раза в день. Анализы крови в день поступления не производились (была пятница), а были взяты в понедельник, 12.04.11 г. в ОАК оставалась повышенной СОЭ – 26 мм/час и была незначительная эозинофилия (7), чем и объяснялось наличие сухого (аллергического) кашля. В биохимическом анализе крови отмечалась выраженная билирубинемия и гиперферментемия: общий билирубин – 115,92 мкмоль/л, прямой билирубин – 64,17 мкмоль/л, АсАТ – 268 ед/л (N – до 30 ед/л), АлАТ – 78,5 ед/л (N – до 42 ед/л), щелочная фосфатаза – 418,4 ед/л (N – до 64-306 ед/л). В ОАМ – реакция на желчные пигменты положительная (+).

Улучшения после назначенного лечения не наступило. Нарастала желтуха – общий билирубин в крови 20.04.10 г. составил 244,3 мкмоль/л, активность АсАТ поднялась до 172,8 ед/л. Для исключения органической патологии в патогенезе желтухи 23.04.10 г. была произведена компьютерная томография внутренних органов. Результат: легкие без особенностей; печень в размерах не увеличена, структура паренхимы однородная; желчный пузырь удален, внутри- и внепеченочные желчные протоки не расширены, интрапанкреатическая часть холедоха 4 мм; поджелудочная железа в размерах не увеличена, структура паренхимы однородная. Были произведены и другие исследования: гастрофиброскопия – обнаружены проявления атрофического гастрита, исследование крови на HBsAg, анти HCV – отрицательные.

Антибактериальная (цефепин) и противовирусная (тамифлю) терапия были прекращены, производилось только дезинтоксикационное лечение: внутривенное введение глюкозы, аскорбиновой кислоты, а также небольшой дозы глюкокортикоидных гормонов – 8 мг дексаметазона. Состояние больного заметно улучшилось и 30.04.11 г. общий билирубин в крови составил 70,4 мкмоль/л (прямой 33,1 мкмоль/л), в то же время активность АлАТ возросла до 287,9 ед/л. Больной был выписан домой, соблюдал диету и через 2 недели анализы крови на билирубин и АлАТ нормализовались.

По нашему мнению, причиной лекарственного гепатита с выраженным холестазом явился комбинированный препарат терафлю, где главный компонент – парацетамол. Известна гепатотоксическая доза парацетамола для взрослых – 5–7 г, смертельная – около 15–20 г. Наш больной до больницы за 7 дней принял 9,1 г этого препарата (1 табл. терафлю содержит 650 мг парацетамола), после чего и появились жалобы, характерные для отравления парацетамолом – потливость, одышка, сердцебиение и т.д. Более того, опасно назначение парацетамола совместно с индукторами микросомальных ферментов, т.к. они усиливают образование токсичных для печени метаболитов. К таким веществам относится антигистаминный препарат фенирамин, который входит в состав терафлю.

В определенной степени роль в усилении холестаза могли сыграть и такие препараты, как ломефлоксацин, который больной принял в дозе 4 табл. до больницы. В отношении цефепина, цефалоспорины 4 поколения, которые назначались больному в стационаре, указаний о гепатотоксичности нет. Противовирусный препарат тамифлю, как указано на вкладыше в упаковке фармакологического средства, очень редко вызывает гепатит и увеличение печеночных ферментов (без холестаза).

Vodoevich V. P, Varnakova G. M, Masilevich A.M.

CASE OF A MEDICINAL TOXIC HEPATITIS WITH CHOLESTATIC SYNDROME

The Grodno State Medical University,

4th city clinical hospital of Grodno, Grodno, Belarus

The case of a medicinal toxic hepatitis with high indicators of bilirubin and activity enzymes is described, the basic role in pathogenesis of which to be given by Teraflu.