

воизлияниями размерами 2 x 1,5 см и 2,5 x 3,5 см, плотной консистенции, каждое из которых имеет свой сосудистый пучок. У одного из них, расположенного дистальнее и ущемленного в наружном паховом кольце, имеется семенной канатик. Произведены экстирпация обоих образований с высокой перевязкой сосудистых элементов и канатиков, пластика пахового канала по Кукуджанову, дренирование подкожной жировой клетчатки пахового канала.

Послеоперационный диагноз: ущемленная косая правосторонняя паховая грыжа с ущемлением дистопированного дегенеративно-некротически измененного яичка на фоне гипоплазии дегенеративно-склеротически измененной маточной трубы с придатками справа.

Послеоперационный период протекал гладко. Дренаж удален на 3-и сутки. Больной активизирован на 2-е сутки. Швы сняты на 7-е сутки. Заживление произошло первичным натяжением. Выписан на 8-е сутки после операции. Повторно осмотрен на 10 и 30-й дни после выписки.

УДК 616.36—002.2—022.7:578.891|—07:616—053.6—08

И. Н. Лесная (Пенза). Особенности клиники и иммунокорригирующей терапии вирусного гепатита В у подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами

Целью данной работы являлись изучение клинико-иммунологических особенностей острого вирусного гепатита В (ОГВ) и анализ терапевтической эффективности индуктора эндогенных интерферонов — препарата циклоферона (ЦФ) при ОГВ у подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами.

Под наблюдением находились 85 подростков 15—18 лет, у которых в сыворотке крови методом ИФА были выявлены антитела острой фазы к вирусу гепатита В (HBeAg, anti-HBc IgM). Больные 1-й основной группы (51 чел.) злоупотребляли психоактивными веществами, во 2-й контрольной группе (34 чел.) сопутствующей наркомании не было. Для достижения наркотического опьянения 84,3% больных основной группы употребляли опиаты, изготовленные кустарным способом; у 15,6% больных опийная наркомания сочеталась с применением препаратов, содержащих эфедрин с димедролом. Длительность наркомании от 6 месяцев до 1,5 лет наблюдалась у 62,7% подростков, свыше 1,5 — у 37,2%.

Применили следующие методы исследования: унифицированные биохимические тесты (билирубин, активность АлАТ, осадочные белковые реакции, протромбиновый индекс), серологические (выявление HBsAg, HBeAg, anti-HBc IgM в сыворотке крови методом ИФА с использованием тест-систем «Вектор-Бест»). Иммunoлогические методы включали определение уровня сывороточных иммуноглобулинов (Ig) A, M, G, циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), функциональной активности лимфоцитов в реакции бласттрансформации (РБТЛ) с митогеном

ФГА, а также количества Т-лимфоцитов CD4+, CD8+ -фенотипа.

Изучение клинических особенностей ОГВ показало, что у 41 (80,3%) больного I-й группы и у 29 (85,2%) больных 2-й группы заболевание протекало в среднетяжелой форме. Легкая форма наблюдалась у 2 (1,9%) больных I-й группы и у одного (2,9%) из 2-й группы, тяжелая форма — соответственно у 9 (17,6%) и у 4 (11,6%).

В развитии клинической симптоматики преджелтушного периода в 1-й группе больных доминировал диспептический вариант ($45,0 \pm 2,2\%$; $P<0,05$), в контрольной — смешанный ($36,2 \pm 2,1$; $P<0,05$). Продолжительность проромального периода в 1 и 2-й группах не различалась ($9,1 \pm 1,9$ дня и $7,8 \pm 2,4$ дня; $P>0,05$). В то же время анализ клинических проявлений преджелтушного периода позволяет утверждать, что у больных ОГВ, отягощенных приемом наркотиков, чаще ($P<0,05$) отмечались такие симптомы, как лихорадка ($43,1 \pm 3,2$ против $17,6 \pm 1,7\%$ в контрольной группе), тошнота и анорексия ($68,6 \pm 4,1$ и $55,8 \pm 3,7\%$), артритальгия ($37,2 \pm 1,6$ и $14,1 \pm 1,1\%$), экзантемы ($27,4 \pm 1,1$ и $8,8 \pm 0,6\%$) и кожный зуд ($23,5 \pm 1,1$ и $11,7 \pm 0,9\%$).

Заболевание в разгаре у подростков-наркоманов характеризовалось выраженностю клинических симптомов в сравнении с таковыми в группе контроля, а именно повышением температуры ($44,1 \pm 2,6\%$ против $39,2 \pm 3,3$; $P<0,05$), диспептическими расстройствами ($62,7 \pm 3,0$ против $44,1 \pm 2,6\%$; $P<0,05$), болями в правом подреберье тянувшего характера ($82,3 \pm 3,8$ против $6,7 \pm 3,2\%$; $P<0,05$), геморрагическим синдромом ($9,8 \pm 0,6$ против $2,9 \pm 1,3\%$; $P<0,05$), который отмечался в основной группе даже при среднетяжелой форме заболевания.

Увеличение размеров печени наблюдалось у всех пациентов 1-й группы. Однако у подростков со стажем наркомании более 1,5 лет гепатомегалия отличалась большими (на 1,5-2 см) размерами, выраженной болезненностью и плотностью печеночной паренхимы, что можно связать с развитием хронического токсического поражения печени у больных, злоупотребляющих наркотиками длительное время. Продолжительность употребления наркотических веществ (более 1,5 лет) повлияла также на частоту развития сопутствующей патологии со стороны ЖКТ и мочевыделительной системы.

Желтушный период у больных I-й группы отличался большей продолжительностью по сравнению с группой контроля и составил $27,2 \pm 4,1$ дня против $21,6 \pm 1,7$ дня ($P<0,05$). У пациентов I-й группы период разгара сопровождался более высокими ($P<0,05$) показателями общего билирубина сыворотки крови и продолжительностью гипербилирубинемии по сравнению с контролем.

Волнообразный характер билирубинемии наблюдался у 14 (27,4 ± 3,1%) пациентов I-й группы и у 2 (5,8 ± 1,5%) — из 2-й группы ($P<0,05$). Повышение уровня билирубина сыворотки крови у больных I-й группы сопровождалось, как прави-

ло, усилением болевого синдрома, нарушением сна, снижением аппетита. Не удалось добиться нормализации показателей билирубина в сыворотке крови к моменту выписки из стационара у 9 (17,6%) пациентов I-й группы, у 5 (14,7%) больных к моменту выписки из стационара показатели АлАТ оставались повышенными.

В задачи нашего исследования входило изучение терапевтической эффективности индуктора эндогенных интерферонов — ЦФ. Критерием эффективности ЦФ являлось влияние на клинические проявления болезни, динамику биохимических и иммунологических показателей. Эффективность ЦФ была изучена у 26 подростков основной группы (IA). Контролем для сравнения являлась равнозначная группа из 25 больных ОГВ, получивших базисную терапию (IB). Лечение ЦФ начинали в первые 7 дней желтушного периода по следующей схеме: первые 5 ампул (по 250 мг) вводили в 1, 2, 4, 6, 8-е сутки лечения с повторением курса в указанных дозах после 3-дневного перерыва (всего 10 инъекций).

У больных группы IA под влиянием ЦФ наблюдалось уменьшение ($P<0,05$) длительности желтушного периода (до $25,9\pm2,5$ дня против $31,7\pm2,8$ в подгруппе IB), общей слабости ($9,1\pm2,2$ дня против $15,5\pm2,4$), болей в правом подреберье ($6,9\pm1,3$ дня против $14,2\pm1,8$) и диспептических проявлений (до $8,9\pm1,1$ дня против $12,6\pm1,8$ в сравнении с контролем).

Во время лечения ЦФ у больных ОГВ происходило более быстрое снижение уровня общего билирубина в сыворотке крови, чем в группе больных, находившихся на базисной терапии. Так, статистически достоверные различия лабораторной динамики между группами установлены после завершения курса ЦФ, когда средний уровень общего билирубина в I-й группе составил $65,0\pm4,3$ ммоль/л, а в контрольной — $78,9\pm5,6$ ммоль/л ($P<0,05$).

На фоне применения ЦФ в периоде обратного развития болезни у 19 (73%) пациентов с ОГВ отмечено достоверное улучшение иммунологических показателей: активация Т-клеточного иммунитета через стимуляцию выработки CD4+-лимфоцитов с $30,2\pm1,7\%$ до $42,0\pm2,1\%$ и повышение их активности в РБЛ с ФГА до нормы к моменту выписки пациентов из стационара (с $9,3\pm1,6$ до $34,8\pm1,7$ УЕ; $P<0,05$), нормализация значений CD8+-лимфоцитов с $30,2\pm1,7$ до $28,7\pm1,8\%$ ($P<0,05$), что объясняется иммуномодулирующим эффектом ЦФ. У 26 (57,6%) подростков нормализовался уровень сывороточных Ig M (до $2,2\pm0,7$ мг/мл) и Ig G (до $15,1\pm1,3$ мг/мл). Влияние ЦФ на гуморальные факторы защиты характеризовалось также снижением уровня ЦИК (ЦИК1 с $68,4\pm2,3$ до $42,7\pm1,4$; ЦИК2 — с $92,0\pm2,1$ до $73,1\pm2,4$ УЕ; $P<0,05$), но нормализации показателей к моменту окончания курса терапии ЦФ не происходило. Вероятно, это свидетельствует о значительной антигенной нагрузке у больных наркоманией за счет других инфекционных и токсических агентов, получаемых парентерально.

УДК 616.935-036.2:313.13:57

Е.Д. Савилов (Иркутск). Инфекционные болезни и заболеваемость в условиях техногенного загрязнения окружающей среды

В научной литературе практически отсутствуют публикации, связанные с систематическим изучением влияния промышленного загрязнения окружающей среды на инфекционную патологию как на организменном, так и на популяционном уровнях. Эта связь достаточно аргументирована лишь для ряда эндогенных инфекций (пневмонии, бронхиты и др.), а также для заболеваемости гриппом и ОРВИ. Для других форм инфекционной патологии подобные материалы либо отсутствуют полностью, либо имеются в отдельных, не связанных между собой публикациях.

Одним из приоритетных научных направлений Института эпидемиологии и микробиологии Научного центра медицинской экологии ВСНЦ СО РАМН является изучение клинических проявлений и эпидемиологических особенностей инфекционной патологии под влиянием техногенных факторов. Нами на основании многолетних исследований выдвинуто положение о наибольшей уязвимости эпидемического процесса в периоде минимальной инфекционной заболеваемости как в ее внутригодовой, так и в многолетней динамике. Представленная гипотеза основана на саморегулирующих механизмах паразитарной системы, связанных с внутрипопуляционным биологическим разнообразием.

В указанную концепцию о наибольшей уязвимости минимального периода инфекционной заболеваемости полностью вписываются полученные нами приоритетные материалы о влиянии техногенного загрязнения окружающей среды на динамику инфекционной патологии.

В двух районах г. Иркутска, которые отличались друг от друга лишь уровнем техногенного загрязнения атмосферного воздуха, проанализированы многолетние показатели 10 наиболее распространенных нозологических форм или групп инфекционной патологии с различными механизмами передачи. Проведенные исследования выявили прямую корреляцию между степенью загрязнения атмосферного воздуха и многолетними уровнями заболеваемости. Наиболее выраженные различия ($P = 0,01$) обнаружены на уровне минимальной интенсивности эпидемического процесса. В этот период в более загрязненном районе отмечался односторонний рост инфекционной заболеваемости для всех нозологических форм.

Дальнейшими исследованиями показано, что формирование предпосылок сезонной заболеваемости также приходится на ее минимальный уровень. Следовательно, при незначительном повышении заболеваемости в месяцы минимальной интенсивности эпидемического процесса имеет место ее выраженный подъем как в сезонный период, так и в целом за год. Обоснование выявленной закономерности о наибольших различиях заболеваемости в периоде ее минимальной интенсивности может быть объяснено следующим