

при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки наталкивает на мысль о целенаправленной и своевременной коррекции выявленных сдвигов включением в комплекс лечебных мероприятий таких препаратов, как гордокс, контрикал и др.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреев Л. Б., Лер-Белова А. Г. Сердечно-сосудистая система при патологии пищеварения. Ростов-на-Дону, 1970.—2. Гуревич-Рабкина Ф. П. Здравоохран. Белоруссии, 1980, 9.—3. Дзизинский А. А., Гомазков О. А. В кн.: Кинины в физиологии и патологии сердечно-сосудистой системы. Новосибирск, 1976.—4. Караванов А. Г. Ошибки в диагностике и лечении острых заболеваний и травм живота. Киев, 1970.—5. Матлина Э. Ш. В кн.: Методы исследования некоторых гормонов и медиаторов. М., 1965.—6. Пасхина Т. С. В кн.: Современные методы в биохимии. М., 1968.

Поступила 13 сентября 1983 г.

УДК 616.36—002.14—036.12

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ ПЕРИОДА РЕКОНВАЛЕСЦЕНЦИИ И ИСХОДОВ ПРИ HB_sAg -ПОЗИТИВНОМ И HB_sAg -НЕГАТИВНОМ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ В

С. Н. Соринсон, В. И. Паращенко

Кафедра инфекционных болезней (зав.—проф. С. Н. Соринсон) Горьковского медицинского института имени С. М. Кирова

Функциональные исследования последнего времени привели к открытию HB_sAg и к широкому внедрению в клиническую практику его индикации, а также позволили глубже оценить различные аспекты проблемы вирусного гепатита В. В частности, большой интерес представляет сравнительный анализ течения периода реконвалесценции и исходов при HB_sAg -позитивном и HB_sAg -негативном гепатите. В связи с этим целью настоящей работы являлось получение информации, важной для понимания роли разных факторов в формировании исходов гепатита В в зависимости от индикации HB_sAg .

В работе обобщены материалы Горьковского городского гепатологического центра за четырехлетний период начиная с 1976 г., когда была введена обязательная индикация HB_sAg . За эти годы реконвалесценция и исходы гепатита были изучены у 2187 взрослых больных. Клинические, эпидемиологические, лабораторные критерии диагноза вирусного гепатита В соответствовали общепринятым.

Индикацию HB_sAg проводили методом встречного иммуноэлектрофореза, в последние годы дополненного высокочувствительными методами (иммуноауторадиография, «сэндвич»-обработка, пассивная гемагглютинация). Частота выявления HB_sAg в разные годы колебалась от 48 до 60%, а при использовании высокочувствительных методов достигала 73%. В настоящую разработку вошли результаты обследования 1049 больных с положительными (1-я группа) и 1138 с отрицательными результатами индикации HB_sAg (2-я). У подавляющего большинства больных 1-й группы антиген был обнаружен при первичном обследовании.

Течение периода реконвалесценции оценивали при выписке больных из стационара, а в дальнейшем в процессе диспансерного наблюдения на базе консультативно-диспансерного кабинета, организованного при городском гепатологическом центре.

Контрольное обследование реконвалесцентов включало детальную оценку клинических данных, проведение рутинных лабораторных исследований (ферментные тесты — АлАТ, АсАТ; осадочные пробы — тимоловая, сулемовая, определение свободного и связанного билирубина; повторная индикация HB_sAg), а также ультразвуковое исследование печени на одномерном отечественном приборе ЭХО-11. В соответствии с существующими рекомендациями дифференцировали два варианта течения реконвалесценции — нормальную и затянувшуюся [1, 9]. При этом, наряду с динамикой клинических данных, первоепенное значение имел динамический контроль за ферментными тестами. Нормальную реконвалесценцию отличало закономерное устранение гиперферментемии в обычные сроки (при легкой и среднетяжелой форме до 3—4, при тяжелой — до 5—6 мес от начала заболевания). Более медленные темпы нормализации ферментных тестов свидетельствовали о затянувшейся реконвалесценции. Сохраняющиеся клинические отклонения (гепатомегалия, дис-

кинетический синдром) расценивались как остаточные явления, которые, как мы смогли убедиться, сами по себе ход реконвалесценции не определяют [1—3, 6, 9].

Существенное значение имело распознавание затяжного течения гепатита. В отличие от нормальной и даже затянувшейся реконвалесценции, затяжное течение гепатита характеризовалось высоким уровнем гиперферментемии без тенденции к снижению с двумя вариантами: затяжной активной и затяжной персистирующей гепатит. При затяжном активном гепатите на всем протяжении периода наблюдения уровень гиперферментемии был монотонным, соответствуя острой фазе болезни. При затяжном персистирующем гепатите активность ферментов вначале несколько снижалась, однако в дальнейшем сохранялась на стабильно повышенном уровне.

Классификация исходов гепатита В соответствовала общепринятой. Благоприятным исходом являлось выздоровление, неблагоприятным — формирование хронического гепатита, иногда цирроза печени.

При сравнительном анализе результатов контрольных обследований больных 1-й и 2-й групп прежде всего обращали на себя внимание различия в частоте развития затяжного течения гепатита. Так, в 1-й группе затяжное течение было установлено у 127 (12,1%) из 1049 больных, во 2-й — у 64 (5,6%) из 1138 ($P < 0,05$). Отмеченная разница относилась преимущественно к формированию затяжного персистирующего гепатита (10,5% — в 1-й 4,2% — во 2-й).

Течение восстановительного периода было прослежено у 922 больных HBs Ag-положительным и 1074 HBs Ag-негативным гепатитом (результаты обследования больных с затяжным течением болезни из этой разработки были исключены). Данные сравнительного анализа в этих двух группах оказались весьма сходными. В 1-й группе нормальная реконвалесценция была зарегистрирована у 801 (86,9%), затянувшаяся — у 121 (13,1%); во 2-й группе соответственно у 907 (84,5%) и 167 (15,5%) больных. Подобные результаты были отмечены при сравнительном анализе частоты остаточной гепатомегалии. В 1-й группе она была констатирована у 140 (15,2%), во 2-й — у 94 (8,7%) больных ($P < 0,05$). Остаточная гепатомегалия наблюдалась в основном при затянувшейся реконвалесценции. Так, в 1-й группе при затянувшейся реконвалесценции гепатомегалия была выявлена у 42%, при нормальной — у 11% пациентов, во 2-й группе соответственно у 17,7% и 8%. Эти данные позволяют рассматривать остаточную гепатомегалию как важный дополнительный критерий периода реконвалесценции. Однако следует отметить, что при нормальной динамике ферментативных тестов к оценке гепатомегалии следует подходить весьма осторожно. Сохраняющееся увеличение печени само по себе, как показали наши наблюдения, не всегда характеризует неблагоприятное течение реконвалесценции.

Суммарный анализ исходов гепатита в наших наблюдениях в основном соответствовал литературным данным. Из 2187 больных, исходы заболевания которых были учтены, выздоровление наступило у 1946 (89%). В эту группу вошли также 145 реконвалесцентов, у которых гепатит был излечен, однако в восстановительном периоде выявилась иная патология — дискинезия и воспалительные заболевания желчных путей (99) или пигментный гепатоз Джилберта (46).

Хронический гепатит сформировался у 241 (11%) больного, в том числе у 212 (88,0%) — хронический персистирующий, у 27 (11,3%) — хронический активный гепатит и у 2 (0,8%) — цирроз печени.

Проанализированы исходы гепатита с учетом результатов индикации HBs Ag. Было установлено, что при HBs Ag-положительном гепатите хронический гепатит развивался у 167 (15,9%) из 1049 больных, при HBs Ag-негативном существовало реже — у 74 (6,5%) из 1138 больных ($P < 0,05$). Это различие соответствовало более частому формированию хронического персистирующего гепатита у больных 1-й группы (148) по сравнению со 2-й (58). И наоборот, развитие хронического активного гепатита у больных 1-й группы (11) наблюдалось реже, чем во 2-й (16).

При сопоставлении исходов острого и затяжного гепатита оказалось, что затяжной гепатит особенно часто переходил в хронический: только у 32 (16,7%) больных из 191 наступило выздоровление, у подавляющего же большинства пациентов (83,3%) сформировался хронический гепатит, а у 2 — цирроз печени. Цирроз печени также развивался у 2 больных с затяжным активным гепатитом. В отличие от последнего затяжной персистирующий гепатит приводил к формированию в основном хронического персистирующего гепатита (у 127 из 159). У таких больных выздоровление наступало редко (2,1%).

Острый гепатит переходил в хроническую форму значительно реже, причем отмечалась прямая зависимость исходов от течения периода реконвалесценции. При затянувшейся реконвалесценции частота хронических форм была почти в 7 раз боль-

шей, чем при нормальной. Отмеченные соотношения прослеживались и при раздельном анализе исходов заболевания у больных с HB_s Ag-положительным и HB_s Ag-негативным гепатитом.

Таким образом, отмечены существенные различия в характеристике периода реконвалесценции, формировании затяжного течения и, наконец, исходов при HB_s Ag-положительном и HB_s Ag-негативном гепатите В. Полагаем, что относительно худшие исходы при HB_s Ag-положительном гепатите объясняются преимущественной массивностью и большей длительностью антигемии, что подтверждается сравнительными результатами индикации HB Ag. В нашей клинике была также показана прямая зависимость течения вирусного гепатита В от массивности заражения [7]. Более частое формирование хронического активного гепатита в HB_s Ag-негативной группе можно понять и в свете вирусно-иммуногенетической концепции патогенеза вирусного гепатита В. Эта форма, как полагают, имеет преимущественно аутоиммунную природу [4а, б, 5, 8] и протекает с более значительным накоплением антител, что объясняет отсутствие свободного HB_s Ag в сыворотке.

Следовательно, установленные различия в характеристике исходов HB_s Ag-положительного и HB_s Ag-негативного гепатита В должны учитываться при контрольных обследованиях реконвалесцентов перед выпиской и в процессе последующего диспансерного наблюдения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеева И. Л. Исходы вирусного гепатита А при ранней выписке реконвалесцентов и оценки специфических маркеров. Автореф. канд. дисс., М., 1982.—
2. Амброзайтис А. К. Сравнительная характеристика исходов вирусных гепатитов А и В. Автореф. канд. дисс., М., 1981.—
3. Белов М. Ф. Сравнительная клинко-лабораторная и эпидемиологическая характеристика HB_s Ag-положительного свороточного гепатита (гепатита В) и его исходы. Автореф. канд. дисс., Л., 1980.—
4. Блюгер А. Ф. а) Изв. Акад. наук Латв. ССР, 1977, 9, б) Клин. мед., 1980, 9.—
5. Блюгер А. Ф., Векслер Х. М., Новицкий И. Н. Клиническая иммунология кишечных инфекций. Рига, Звайгзне, 1980.—
6. Гольцанд И. В., Волков В. С., Шипицина (Зайцева) Л. М. и др. В кн.: Успехи гепатологии, Рига, 1981, вып. IX.—
7. Корочкина О. В. Течение и исходы гепатита В с учетом массивности и длительности HB_s-антигемии и содержания иммуноглобулинов. Автореф. канд. дисс., Горький, 1981.—
8. Нисевич Н. И., Учайкин В. Ф., Чередниченко Т. В. и др. В кн.: Успехи гепатологии, Рига, 1981, вып. IX.—
9. Силюнова Г. И. Закономерности течения периода реконвалесценции вирусных гепатитов А и В и их исходы. Автореф. канд. дисс., Рига, 1982.

Поступила 31 мая 1983 г.

УДК 616.361—053.2:577.158

АКТИВНОСТЬ ЛАКТАТДЕГИДРОГЕНАЗЫ И УРОВЕНЬ ПИРУВАТА В КРОВИ И ЖЕЛЧИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

В. П. Булатов, Н. А. Черкасова, И. В. Зайцева, М. А. Гуркина

Кафедра пропедевтики детских болезней (зав.— доц. Н. А. Черкасова) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

За последние годы достигнуты успехи в диагностике и организации лечения детей с поражением билиарной системы [1, 2]. Однако вопросы, касающиеся патогенеза и дифференциальной диагностики различных форм холепатий, изучены недостаточно полно. В связи с этим возникает необходимость в совершенствовании методов, позволяющих дифференцировать функциональные и воспалительные поражения билиарной системы. Кроме того, оправданными являются исследования, раскрывающие некоторые стороны патогенеза этих заболеваний. В частности, не изучено состояние окислительно-восстановительных процессов в организме при различных поражениях желудочно-кишечного тракта у детей, в том числе при заболеваниях желчевыводящих путей [3].

Мы определяли активность лактатдегидрогеназы (ЛДГ), ее изоферментов и содержание пировиноградной кислоты в крови и порции В дуоденального содержимого при заболеваниях желчевыводящих путей в детском возрасте.

Под нашим наблюдением было 152 ребенка с изолированными поражениями билиарной системы, находившихся на стационарном лечении в гастроэнтерологическом