

ISSN 0868-8109

ПРОБЛЕМЫ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ

Problems of Gastroenterology

ДУШАНБЕ-МОСКВА

МАТЕРИАЛЫ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
“СОВРЕМЕННАЯ СТРАТЕГИЯ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ В
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ”

№4-2007



Dr. ABIDI
Pharmaceutical Laboratory



I.R.I.

**ПРОБЛЕМЫ
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ**

№ 4 (33)
2007 г.

**МАТЕРИАЛЫ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
"СОВРЕМЕННАЯ СТРАТЕГИЯ ДИАГНОСТИКИ И
ТЕРАПИИ В ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ"
24-25 декабря**

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Х.Х. МАНСУРОВ (главный редактор)

М.А. ВИНОГРАДОВА (Москва)

Т.Г. ГУЛЬМУРОДОВ (Душанбе)

А.Д. ДУСТОВ (Душанбе)

Д.М. КАДЫРОВ (Душанбе)

А.В. КАЛИНИН (Москва)

Л.Б. ЛАЗЕБНИК (Москва)

Ф.Х. МАНСУРОВА (Душанбе, зам. главного редактора)

Г.К. МИРОДЖОВ (Душанбе, зам. главного редактора)

Р.И. ОДИНАЕВ (Душанбе)

С.Д. ПОДЫМОВА (Москва, зам. главного редактора)

Е.И. ТКАЧЕНКО (Санкт-Петербург)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

АБАСОВ И.Т. (Баку), БРАИЛСКИ ХР. (София), ДАУЛЕТБАКОВА М.И. (Алма-Ата), ЖИВАНОВИЧ М.Б. (Новый сад) ЗАЙЦЕВА Е.И. (Смоленск), ЗЛАТКИНА А.Р. (Москва), ЗУФАРОВ К.А. (Ташкент), КИПШИДЗЕ Н.Н. (Тбилиси), КРИКШТОПАЙТИС М.И. (Вильнюс), ЛОХ СИНГВА (Пекин), МАЛИКЗОДА (Тегеран), МАРЖАТКА З. (Прага), МЯГКОВА Л.П. (Москва), ОВЕЗОВА Г.К. (Ашхабад), ПОЛОНСКИЙ А.К. (Москва), РАЧВЕЛИШВИЛИ Б.Х. (Тбилиси), РЫСС Е.С. (Санкт-Петербург), ФИЛИМОНОВ Р.М. (Москва), ФИЛИПОВ Ю.А. (Днепропетровск), ФИШЕР А.А. (Краснодар), ХАЗАНОВ А.И. (Москва), ЭЛЬШТЕЙН Н.В. (Таллин).

Зав. редакцией А.Ф. САПОЖНИКОВА

Статьи присылать по адресу:

Душанбе, ул. Маяковского 2, Институт гастроэнтерологии АН Республики Таджикистан

Тел. (992 372) 236-37-61, 236-62-80, 221-77-82

www.gastro.tj

СПОНСОРЫ: SANOFI AVENTIS

ROCHE

ГЕДЕОН РИХТЕР

HERBION

Институт гастроэнтерологии АН Республики Таджикистан

Компьютерная верстка Института гастроэнтерологии АН Республики Таджикистан

© Проблемы гастроэнтерологии, №4 (33), 2007

Юнусов М. С., Ганиев Б.И., Курбанов Б.А. - Причины и факторы риска так называемого постхолецистэктомического синдрома после лапароскопической и открытой холецистэктомии.	66
--	----

ПЕЧЕНЬ, БИЛИАРНЫЙ ТРАКТ, ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА

Абдуллаева З.М., Рахимова Х.К., Саттарова М.И. - Цитокины при хронических гепатитах HBV- и HDV-вирусной этиологии.	68
Авезов С.А., Гиясов М.М., Сатторова М.И. - Важнейшие этиологические факторы гепатоцеллюлярной карциномы в Таджикистане.	70
Архий Э.Й., Русин В.И., Сирчак Е.С., Дербак М.А. - Применение антихеликобактерной терапии у больных циррозом печени.	73
Бабак О. Я. - Современные подходы к диагностике и лечению неинфекционных хронических гепатитов.	77
Буеверов А. О. - Апоптоз и вирусные гепатиты.	86
Буеверов А.О. - Рациональное ведение больных с печеночной энцефалопатией.	91
Гиясов М.М., Авезов С.А. - Ультразвуковая ангиография в диагностике портальной гипертензии.	95
Губергриц Н.Б. - Синдром мальнутриции при заболеваниях поджелудочной железы и его лечение.	97
Гулиев А., Тишкова Ф.Х., Талбов У.С., Джураева В.В. - Эпидемиологические особенности энтеральных вирусных гепатитов в Республике Таджикистан.	101
Дербак М.А., Сиксай Л.Т., Сирчак Е.С., Герасимюк С.И. - Клиническое значение современных методов диагностики хронического гепатита В.	107
Дербак М.А., Архий Е.Й., Сирчак Е.С., Москаль О.Н., Паш О.М. - Хронический гепатит С у больных инфицированных цитомегаловирусом.	111
Дустов А., Азимова С.М., Джамиллов М.А., Ганиев Б. И., Умаров С. - Особенности течения хронического гепатита «В» в зависимости от его генотипических свойств....	113
Дустов А., Ганиев Б.И., Умаров С., Джамиллов. М. А., Хакимова. З. - Тиреоидные гормоны при метаболическом синдроме.	115
Ёдгорова М.Дж., Тишкова Ф.Х. - Эпидемиология и профилактика вирусного гепатита «В» у детей.	116
Зубайдова Т.М. - Защитное действие травы душицы мелкоцветковой при подостром токсическом гепатите.	119
Ишанкулова Б.А., Ходжаева Ф.М., Юлдашева У.П. - Влияние отвара плодов софоры японской на антитоксическую и экскреторную функции печени в эксперименте. ...	122

ДЕРБАК М.А., АРХИЙ Е.Й., СИРЧАК Е.С., МОСКАЛЬ О.Н., ПАШ О.М.

ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ С У БОЛЬНЫХ ИНФИЦИРОВАННЫХ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСОМ

Ужгородский национальный университет, медицинский факультет
г.Ужгород, Украина,

По заболеваемости и тяжести осложнений хронический гепатит С в последние пять лет занимает ведущие позиции среди хронических гепатитов. Известно, что в структуре заболеваемости хроническими гепатитами HCV-инфицированных 60-80%, и лишь 10-30% - HBV-инфекции. HCV - это РНК-содержащий вирус с высокой степенью спонтанных мутаций, способный к репликации, кроме клеток печени, в иммунокомпетентных клетках крови (моноцитах, макрофагах, В-лимфоцитах).

Биологические характеристики вируса гепатита С обуславливают его длительное выживание в организме и подобны характеристикам вируса иммунодефицита человека, что служит основанием к изучению патогенетической роли его в возникновении тяжелых иммунодефицитных состояний человека.

Одновременно, все чаще внимание врачей привлекает цитомегаловирусная инфекция (ЦМВИ), геном которой также персистирует в клетках крови человека. Многообразие клинических проявлений ЦМВИ всегда происходит на фоне иммунодефицитных состояний человека различной этиологии. В тоже время особенностью самой ЦМВИ является способность вызывать иммунодепрессию, снижая число Т-хелперов в организме больного, а также самостоятельно

становиться причиной развития хронического гепатита. Также при ЦМВ-инфекции происходит перерождение эпителия желчевыводящих путей и гепатоцитов, иногда и звездчатых эндотелиоцитов и эндотелия сосудов. Они формируют цитомегалические клетки и в их окружении размещаются мононуклеарные инфильтраты. Таким образом, совокупность этих изменений приводит к синдрому внутрипеченочного холестаза. Цитомегалические клетки слущиваясь, заполняют просвет желчных протоков и таким образом являются причиной еще и „механического“ компонента желтухи [5, 6].

Исходя из этих данных сочетание персистенции HCV и CMV не может не сказываться на печеночных и внепеченочных проявлениях хронического гепатита С, но они далеко недостаточно изучены.

Цель исследования. Изучить особенности течения хронического гепатита С у лиц с ЦМВИ. В задачи исследования входило определить титры антител класса IgM к CMV или четырехкратное нарастание антител IgG к CMV в парных сыворотках у больных хроническим гепатитом С (ХГС)

Материалы и методы исследования. Обследовано 49 больных ХГС, которые лечились в терапевтическом отделении ЦГКБ г. Ужгорода. Диагноз ставили на основании эпидемиологических, клинических, лабора-

торных данных и подтверждали выявлением специфических серологических маркеров - антител к вирусу гепатита С и ЦМВ классов IgM и IgG с помощью иммуноферментного анализа с использованием т.систем фирмы «Вектор-Бест». Также определяли содержание билирубина, активность трансаминаз, щелочной фосфатазы, показателей белкового метаболизма: общего белка сыворотки, альбуминов, глобулинов и их фракций, холестерина, тимоловой пробы в биохимическом анализе крови. Всем больным проводили УЗИ органов пищеварения.

Продолжительность ХГС установить было сложно, поскольку большинство больных не могли точно указать на начало заболевания. Больные ориентировались на время оперативных вмешательств и другие процедуры, которые связаны с возможностью гемоконтакта. Все больные были обследованы на присутствие вирусов гепатитов А, В, С, Д и ВИЧ. Сочетание двух этиологических факторов было критерием исключения больного из группы изучения. Этиологическую верификацию вирусного поражения и установление фазы вирусного процесса осуществляли с помощью серологических маркеров анти-НСV IgM, анти-НСV Ig сумм., а также обнаружения РНК ВГС и ДНК ЦМВ методом полимеразной цепной реакции.

Результаты исследования и их обсуждение. Антитела IgG к ЦМВ выявлены у 36 (73,5%) больных ХГС, причем у 7 (14,3%) из них выявлены IgM к ЦМВ. Четырехкратное нарастание титра IgG к ЦМВ обнаружено у 8 (16,3%) больных ХГС. Таким образом, больные были разделены на две группы: первая группа - 15 больных ХГС с активной ЦМВИ и вторая группа - 34 боль-

ных ХГС без ЦМВИ, или ЦМВИ была неактивной.

Клиническая картина почти всех больных была малоспецифическая и неопределенная. Так, у подавляющего большинства больных доминирующим был астеновегетативный синдром, который проявлялся повышенной утомляемостью, нарушением сна, общей слабостью, прогрессирующим снижением трудоспособности, эмоциональной лабильностью. Эти симптомы были выявлены у 11 (73,3%) больных первой группы и 32 (94,1%) - второй.

Клинически в 93,3% больных первой группы отмечалась субиктеричность слизистых оболочек, зуд кожи, в то время, как во второй группе такие жалобы были только в 35,3% больных. Диспепсический синдром регистрировался в 13 больных (86,6%) и в 27 больных (79,41%) соответственно. Больные жаловались на вздутие живота и ощущение тяжести в правом подреберье, плохую переносимость некоторой пищи, снижение аппетита.

Артралгии чаще встречались у больных первой группы - у 73,3% лиц, а у больных второй группы - у 50% лиц.

Основным объективным признаком ХГС была гепатомегалия. Увеличение размеров печени наблюдалось в 12 (80,0%) больных первой группы и в 23 (67,6%) больных второй группы.

Из биохимических показателей крови наиболее характерными были такие: повышение уровня билирубина у 93,3% больных первой группы и у 55,88% больных второй группы, значительное повышение щелочной фосфатазы в 86,6% и 47,05% больных, соответственно, незначительно повышенный уровень АлАТ, а именно в 1,5 раз в 86,6% пер-

вой и в 82,35% больных второй группы соответственно.

Общий белок определялся в пределах нормы, но наблюдалось увеличение γ -глобулиновой фракции в 12 (80,0%) и 25 (73,5%) больных соответственно. Повышенным оказалось значение тимоловой пробы в 10 (66,6%) больных первой группы и в 26 (76,47%) больных второй. Т-лимфоцитопения наблюдалась в 12 и 24 лиц, что составило 80,0% и 70,5% соответственно.

Сравнительный анализ показал, что у лиц первой группы, в отличие от больных второй группы, достоверно чаще наблюдалось клинически манифестное течение заболевания из синдромом холестаза, который сопровождался повышением в крови уровня общего и прямого билирубина, щелочной фосфатазы, холестерина (93,3% и 85,29% соответственно), артралгии (73,3% и 50,0%), гепатомегалия (80,0% и 67,6%), повышение АлАТ (46,6% и 35,3%), выявление IgG к ВГС в крови (75,5% и 51,4%).

Таким образом, ведущим синдромом в клинике ХГС с ЦМВИ есть синдром холестаза. При ЦМВ-гепатите долговременно сохраняется субиктеричность кожи и слизистых оболочек.

Незначительное увеличение трансаминаз при высоком содержании общего холестерина, бета-липопротеидов, наблюдалось в 86,6% больных с ХГС+ЦМВИ. Характерными клиническими особенностями была низкая активность воспалительного процесса в печени.

Учитывая тот факт, что оба вируса находятся в клетках крови, то ЦМВ может выступать в роли ко-фактора при ВГС, причем усиливается репликация обоих вирусов в

клетке, отягощая и ускоряя течение гепатита С.

Выводы:

1. Ведущим синдромом в клинике ХГС с ЦМВИ есть синдром холестаза.

2. При ЦМВ инфицировании достоверно чаще наблюдается клинически манифестное течение хронического гепатита С с синдромом холестаза, артралгиями и гепатомегалиями, чем без ЦМВИ.

3. Повышение уровня АлАТ есть частым (86,6%), но незначительным, т.е. явления цитолиза при данном заболевании есть минимальными.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сысоева Э. П. Иммунные цитопении у больных хроническими вирусными гепатитами // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктологии.-2001.- Т.11, №4.-С.55-56.

2. Лукина Э. А. Лимфопролиферативные синдромы у больных хроническим вирусным гепатитом С // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктологии.-2001.- Т.11, №4.-С.54-55.

3. Мамаев С. Н., Лукина Э. А. и др. Механизмы иммунного «ускользания» при хроническом гепатите С. // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктологии.-2002.- Т.12, №2.-С.55-61.

4. Каражас Н. В. Цитомегаловирусная инфекция // Клиническая лабораторная диагностика.-1998.-№2.-С.16-17.

5. Гранитов В. М. Герпесвирусная инфекция.-Г.: Медицинская книга, 2001. - 88 С

6. Громашевська Л. Л. Диагностика хронического гепатита С: биохимические исследования. // Лабораторная диагностика.-2003.-№4.-С.9-13.