

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УО "ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ"

ДОСТИЖЕНИЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ, КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ

Материалы 68-ой научной сессии сотрудников университета

31 января – 1 февраля 2013 года

ВИТЕБСК - 2013

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431-52.82я431
Д 70

Редактор:

Профессор, доктор медицинских наук В.П. Дейкало

Заместитель редактора:

доцент, кандидат медицинских наук С.А. Сушков

Редакционный совет:

Профессор В.Я. Бекиш, д.ф.н. Г.Н. Бузук, профессор В.С. Глушанко, профессор С.Н. Занько, профессор В.И. Козловский, профессор Н.Ю. Коневалова, д.п.н. З.С. Кунцевич, профессор Н.Г. Луд, д.м.н. Л.М. Немцов, доцент Э.А. Аскерко, профессор В.И. Новикова, профессор В.П. Подпалов, профессор М.Г. Сачек, профессор В.М. Семенов, профессор А.Н. Щупакова, доцент Ю.В. Алексеенко, доцент С.А. Кабанова, доцент Л.Е. Криштопов, доцент С.П. Кулик, доцент В.В. Столбицкий, доцент И.А. Флоряну

Д 70 Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации.

Материалы 68-й научной сессии сотрудников университета. – Витебск:
ВГМУ, 2013. – 663 с.

ISBN 978-985-466-633-4

Представленные в рецензируемом сборнике материалы посвящены проблемам биологии, медицины, фармации, организации здравоохранения, а также вопросам социально-гуманитарных наук, физической культуры и высшей школы. Включены статьи ведущих и молодых ученых ВГМУ и специалистов практического здравоохранения.

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431+52.82я431

© УО «Витебский государственный
медицинский университет», 2013

ISBN 978-985-466-633-4

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В ВИТЕБСКОЙ ОБЛАСТИ

*Стычневская Е.В., Семенов В.М., Дмитраченко Т.И., Ковалева Т.А.,
Шахорская Е.И., Т.М.Горидовец, Дубовец О.Н.*

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. По данным ВОЗ около 270-300 млн человек в мире инфицировано вирусом гепатита С (ВГС), в некоторых странах инфицированным оказывается каждый пятый ее житель. Терминальная стадия гепатита С всё чаще служит показанием к трансплантации печени; в настоящее время у трети больных операцию выполняют именно в связи с этим состоянием [1, 2, 3].

Вирусный гепатит В характеризуется повсеместным распространением. По данным ВОЗ носителями возбудителя являются 350 миллионов человек, живущих на нашей планете. В мире более 1 миллиона смертей ежегодно обусловлено HBV-инфекцией, включая циррозы и первичный рак печени [1, 2].

Цель работы: оценить эффективность диспансеризации больных хроническими парентеральными вирусными гепатитами в Витебской области.

Материал и методы. Анализ контрольных карт диспансерного наблюдения пациентов с хроническими вирусными гепатитами, амбулаторных карт пациентов, состоящих на диспансерном учете с диагнозом «Носительство антител к вирусу гепатита С» на базе консультативного кабинета ВОИКБ и КИЗ амбулаторных учреждений г. Витебска.

Анализ журналов учета результатов обследования на маркеры вирусных гепатитов вирусологической лаборатории областного центра гигиены, эпидемиологии и охраны здоровья.

Анализ отчетов об отдельных инфекционных, паразитарных заболеваниях и носителях.

Результаты и обсуждение. Как показал анализ, в 2011 году на маркеры вирусных гепатитов по клиническим и эпидемиологическим показаниям на территории города Витебска были обследованы 24163 человека. Среди обследованных лиц 1036 человек (4,28%) имели антитела к ВГС, у 576 чело-

век (2,38%) был обнаружен HBsAg. Как показал анализ, наиболее часто инфицированными ВГС оказались лица в возрасте от 31 до 50 лет и старше 60 лет. В этих возрастных группах доля инфицированных среди обследованных достигала 5,2-6,9%. Наименее часто маркеры вируса гепатита С (ВГС) обнаруживались у лиц от 16 до 25 лет (1,15-1,7%). Настораживает тот факт, что среди детей маркеры ВГС обнаружены почти у 4% (3,81%) обследованных.

Инфицированными вирусом гепатита В (ВГВ) оказались 1,5% лиц в возрасте 21-25 лет. У лиц старше 25 лет количество инфицированных постепенно нарастало и к 51 году достигало 3,1%, что значительно меньше по сравнению с числом инфицированных вирусом гепатита С. У детей маркеры ВГВ обнаруживались также значительно реже по сравнению с ВГС. HBsAg был обнаружен у 1,67% обследованных младше 15 лет, что, вероятно, является результатом проводимой вакцинации.

Анализ инфицированности ВГС (количество обследованных 6763) беременных показал, что среди беременных 14-20 лет антитела к вирусу ГС обнаружены только у 0,49% обследованных. В дальнейшем с возрастом частота обнаружения маркеров гепатита С растет, к 40 годам увеличивается в 5 раз и достигает 2,42%. Среди всех обследованных 1,4 % беременных имели антитела к ВГС. С учетом того, что в г. Витебске число родов колеблется в пределах 9000-10000 тысяч ежегодно, 140-160 детей, рожденных женщинами, инфицированными ВГС, должны быть обследованы на маркеры гепатита С, что в не происходит. При этом, согласно существующей нормативной документации, у детей должны определяться не только антитела, но и РНК вируса ГС дважды в первые пол года жизни.

Таблица 1

Заболееваемость хроническим вирусным гепатитом С в Витебской области

район	ХВГС	Носительство анти-НСV
Витебск	17,2	17,4
Орша	1,2	94
Новополоцк	12,2	55,5
Полоцк	14,5	50
Глубокое	6,9	13,8
Поставы	4,9	12,5
Чашники	8,4	8,4
Лепель	11	19,2
Бешенковичи	0	21,1
Верхнедвинск	0	12,2
Сенно	0	0
Шарковщина	0	0
Шумилино	0	13,8
Городок	14	7
Докшицы	6,9	13,9
Дубровно	5,4	0
Лиозно	0	16,5
Миоры	15,6	0
Россоны	9	9
Ушачи	0	0
Толочин	6,8	6,8

Анализ заболеваемости вирусными гепатитами в г.Витебске и Витебской области (таблица 1) показал, что во многих районах (Орша, Новополоцк, Полоцк, Лепель, Бешенковичи, Верхнедвинск, Шумилино,

Докшицы, Лиозно) количество носителей анти-НСV значительно превышает число пациентов с ХВГС, что указывает на возможные ошибки при установлении диагноза и в результате влечёт за собой недостаточно качественное диспансерное наблюдение пациентов, и, как следствие, несоответствующее истинному диагнозу лечение. Это подтверждается данными полученными при анализе 29 амбулаторных карт пациентов, состоящих на диспансерном учете с диагнозом «Носительство антител к вирусу гепатита С». Среди пациентов, находящихся на диспансерном учете менее года только в 60% случаев АТ к ВГС определяли повторно, при этом у 1 человека на момент взятия на учет отмечалось увеличение биохимической активности, у 2 зафиксированы диффузные изменения печени, у 1- спленомегалия при ультразвуковом исследовании. Среди пациентов, находящихся

на диспансерном наблюдении от 3 до 6 лет антитела к ВГС повторно определялись у 71,42% пациентов, у 42,85% пациентов при постановке на учет была увеличена биохимическая активность, у 28,57% отмечено ее нарастание. Среди пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении от 7 до 10 лет антитела к ВГС повторно определяли в 90,9% случаев, у 36,36% пациентов при постановке на диспансерный учет зафиксировано увеличение биохимической активности, у 45,45% пациентов отмечен рост биохимической активности в сроки от 2 до 8 лет наблюдения. Только 2 (6,9%) пациентам из всех обследованных проведена ПЦР с целью определения РНК ВГС, при этом ни одному из состоящих на учете по поводу хронического гепатита С не проводилась вакцинация против ВГВ.

Выводы. Таким образом, в настоящее время в Витебской области отмечается рост числа пациентов с хроническими гепатитами В и С. При этом полученные результаты показали, что диспансерное наблюдение за пациентами, страдающими парентеральными вирусными гепатитами, нуждается в совершенствовании.

Литература:

1. European Association for the Study of the Liver. EASL clinical practice guidelines: management of chronic hepatitis B. // J Hepatol. – 2009. – №50. – P.227–242.

2. Fattovich G. Natural history and prognosis of hepatitis B. // Semin Liver Dis 2003. – №23. P.47–58.

3. Esteban JI, Sauleda S, Quer J. The changing epidemiology of hepatitis C virus infection in Europe. // J Hepatol. – 2008; №48. – P. 148–162

ХРОНИЧЕСКИЙ СТАФИЛОКОККОВЫЙ Фолликулит ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ

**Тихоновская И.В., **Лукотенко И.Н., *Мяделец В.О.*

*УО «Витебский государственный медицинский университет

**УЗ «Витебский областной клинический кожно – венерологический диспансер»

Актуальность. Фолликулит – заболевание характеризующееся воспалением волосяного фолликула. В большинстве случаев фолликулит длится несколько дней, заканчивается полным выздоровлением. Хронические формы встречаются в практике врача реже, но вызывают дискомфорт у пациента особенно в случае локализации на видимых участках тела (лицо, волосистая часть головы).

Цель. Изучить эффективность лечения хронического фолликулита волосистой части головы.

Материал и методы. Пациент 42 лет с умеренно зудящими высыпаниями на коже волосистой части головы в течение года. Неоднократно лечился с применением противосеборейных шампуней с содержанием дегтя, антибактериальных мазей с незначительным эффектом. Работа предусматривает форму с ношением головного убора. При осмотре: на коже головы определяются многочисленные конические, поверхностные пустулы с незначительным венчиком гиперемии вокруг, корочки, множественные очаги поствоспалительной гиперпигментации (III фототип кожи пациента). Данные микроскопического исследования на грибы: грибы не обнаружены. Микроскопическое исследование на *Demodex folliculorum*: не обнаружен. Данные бактериологического исследования: в посевах рост *Staphylococcus* spp. Чувствителен к: цефтриаксону, офлоксацину, цефазолину; умеренная устойчивость: амоксициллин; устойчив к гентамицину, ципрофлоксацину, пенициллину, азитромицину, эритромицину, доксициклину. Учитывая хронический процесс и с целью исключить фолликулиты неинфекционной природы (эозинофильный фолликулит), пациенту под местной анестезией, трепаном 4 мм была проведена биопсия кожи волоси-

стой части головы. Заключение патоморфолога: патоморфологическая картина соответствует фолликулиту. Заключительный клинический диагноз: бактериальный фолликулит волосистой части головы стафилококковый, хронический. Назначено лечение: клиндамицин таблетки по 150 мг 3 раза в сутки в течение 10 дней, эмульсия бензоил пероксида 5% 1 – 2 раз в день на волосистую часть головы, стрижка волос ножницами. Динамическое наблюдение пациента продолжалось 2,5 месяца. За указанный срок высыпания регрессировали полностью

Результаты и обсуждение. Волосяной фолликул – сложное образование, в структуре которого выделяют воронку (верхняя часть фолликула, простирающаяся от устья до выводного протока сальной железы), шейку (средняя часть фолликула, простирающаяся от протока сальной железы до мышцы, поднимающей волос) и нижний отдел фолликула – ниже места прикрепления мышцы, поднимающей волос. В зависимости от уровня инфицирования развивается соответствующая клиническая картина: импетиго, остиофолликулит, сикоз, фурункул. Причиной развития фолликулита могут быть бактерии, грибки, вирусы и паразиты (клещи) [2]. Описаны, так называемые неинфекционные фолликулиты, которые требуют специфического лечения [1]. Провоцирующими факторами развития фолликулита являются мелкие травмы кожи, окклюзия (повязки и одежда), влажный климат, применение топических кортикостероидов, лечение иммунодепрессантами. Фолликулиты, вызванные грамотрицательными бактериями (*Klebsiella*, *Enterobacter* *Proteus* spp.) возникают в результате лечения длительного лечения