

Облокулов А.Р.,
Худойдодова С.Г.,
Тоиров М.К.,
Мирзаева М.Р.,
Арашова Г.А.

**КЛИНИКО-АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
МИКСТ-ИНФЕКЦИИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА «В»
С ЛЯМБЛИОЗОМ**

Бухарский государственный медицинский институт

Парентеральные гепатиты, в том числе острый вирусный гепатит В (ОВГВ) являются актуальной проблемой инфекционной патологии в Республике Узбекистан [1, 2, 6]. Частота тяжелых осложненных форм болезни с развитием острой печеночной энцефалопатии (ОПЭ), с высокой летальностью среди этой категории больных, формирование затяжных и хронических форм болезни обуславливают значительный интерес исследователей к поиску эффективных лекарственных препаратов для лечения ОВГВ. В то же время, известно, что на тяжесть течения, прогноз и исходы ОВГВ немаловажное влияние оказывают различные сопутствующие заболевания, среди которых значительное место отводится паразитарным инвазиям [3, 4, 5, 7]. Большая распространенность лямблиоза среди больных ОВГВ в Республике Узбекистан обусловила актуальность изучения влияния этих паразитозов на клиническое течение болезни, прогноз и ее исходы. В то же время состояние повышенной чувствительности немедленного типа (ПЧНТ) у больных ВГВ на фоне сочетанного течения лямблиоза изучено недостаточно. Это и послужило поводом в планировании и проведении настоящей работы.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования послужили 180 больных ОВГВ и сопутствующие лямблиозом в возрасте от 14 до 50 лет. Из них 90 больных с кишечным лямблиозом (I основная группа), 90 больных лямблиоз с билиарной формой (II основная группа). В качестве контроля были обследованы 90 больных ВГВ без сопутствующей патологии и 20 практически здоровых людей. Диагноз основывался на результатах комплексного анализа эпидемиологических и анамнестических данных, клинических проявлениях болезни и лабораторных исследований. Верификация вирусного гепатита В проводилась определением маркеров HBV (HBsAg, HBeAg, IgM анти-HBc и анти-HBe), при отрицательных результатах маркеров HDV. Диагноз клинических форм лямблиоза подтверждался копроовоскопическим, иммуоферментным, инструментальным (УЗИ) методами исследований.

Для распределения больных по клинической форме и тяжести течения болезни был принят во внимание приказ №560 МЗ РУз для практического использования. В постановке сопутствующего клинического диагноза «лямблиоз» была использована классификация, предложенная А.Л. Ланды и В.К. Илинича (1973).

О состоянии ПЧНТ судили по определению показателя реакции дегрануляции тучных клеток (РДТК) по методу Л.И. Ишимовой и Л.И. Зеличенко (1971) и содержанию в крови общего иммуноглобулина Е иммуоферментным методом.

При постановке РДТК в качестве антигенов использовали HBsAg в дозе 50 мкг и набор систем "Лямблия-АТ" и "Лямблия-IgM" (ЗАО "Вектор-Бест", Новосибирская обл., п. Кольцово). Все цифровые данные обрабатывали по методу вариационной статистики (И.А. Ойвин, 1960).

Результаты и обсуждение. Нами были изучены клиничко-аллергологические симптомы в разгар болезни. Сравнительное изучение аллергических симптомов у больных с микст- и моноинфекцией ВГВ представлены в таблице 1.

Проведенные исследования показали, что у больных I основной группы отмечены кожные высыпания – $50,0 \pm 5,2\%$, кожный зуд – $44,0 \pm 5,2\%$, заложенность носа – $11,0 \pm 3,2\%$, першение горла – $15,5 \pm 3,8\%$, артралгия – $20,0 \pm 4,5\%$, аллергические дерматиты – $24,0 \pm 4,5\%$, конъюнктивит – $11,0 \pm 3,2\%$, отеки типа Квинке – $7,0 \pm 2,6\%$, эозинофилия – $42,0 \pm 5,2\%$ случаев.

У больных II основной группы наблюдались следующие показатели: кожные высыпания – $61,0 \pm 5,1\%$, кожный зуд – $61,0 \pm 5,1\%$, заложенность носа – $22,0 \pm 4,3\%$, першение горла – $28,0 \pm 4,7\%$, артралгия – $33,0 \pm 4,9\%$, аллергические дерматиты – $78,0 \pm 4,3\%$, конъюнктивит – $22,0 \pm 4,3\%$, отеки типа Квинке – $20,0 \pm 4,2\%$, эозинофилия – $64,0 \pm 5,0\%$.

У больных в контрольной группе такие симптомы как конъюнктивит, отеки в виде Квинке, аллергические дерматиты – вовсе не отмечались. Кожные высыпания – $11,0 \pm 3,2\%$, кожный зуд – $24,0 \pm 4,5\%$, заложенность носа – $2,0 \pm 1,4\%$, першение горла – $2,0 \pm 1,4\%$, артралгия – $13,0 \pm 3,5\%$, эозинофилия – $2,0 \pm 1,4\%$ зарегистрировано у больных.

Таблица 1. Частота выявляемости клинических симптомов аллергического состояния у больных ВГВ при сочетанном течении с лямблиозом в % ($M \pm m$).

Клинические симптомы	Группа обследованных больных		
	ВГВ+лямблиоз кишечная форма (n=90)	ВГВ+лямблиоз билиарная форма (n=90)	ВГВ (n=90)
Появление сыпи	50,0±0,8*	61,0±5,1*	11,0±3,2
Зуд кожи	44,0±5,2*	61,0±5,1* **	24,0±4,5
Заложенность носа	11,0±3,2*	22,0±4,3* **	2,0±1,4
Першение горла	15,5±3,8*	28,0±4,7* **	2,0±1,4
Артралгия	24,0±4,5	33,0±4,9	13,0±3,5
Конъюнктивит	11,0±3,2	22,0±4,3	-
Отек типа Квинке	7,0±2,6	20,0±4,2	-
Эозинофилия	42,0±5,2	64,0±5,0	2,0±1,4

Примечание: *-достоверность разницы показателей у больных с микстинфекцией ($P < 0,01$);

** - достоверность разницы показателей основной группы больных ($P < 0,01$).

Результаты проведенных исследований по определению показателя РДТК при постановке указанной реакции с HBsAg и ЛАГ у больных ВГВ при сочетанном течении лямблиоза и ВГВ представлены в табл. 2.

Как видно из таблицы 2, у больных ВГВ (контрольная группа) показатель РДТК при постановке этого теста с ЛАГ не отличается от нормы. Некоторое повышение показателя указанного теста отмечается при его выполнении с HBsAg при легком течении заболевания. В то же время у больных этой группы со среднетяжелым течением болезни, показатель РДТК достоверно больше, чем у здоровых, при постановке указанной реакции с HBsAg.

Независимо от тяжести течения болезни у больных ВГВ на фоне сочетанного течения лямблиоза в разгаре болезни наблюдается достоверное увеличение распада тучных клеток соединительной ткани по сравнению со здоровыми при выполнении РДТК с использованием в

Таблица 2. Показатель РДТК у больных ВГВ при сочетанном течении лямблиоза

Нозологическая единица	Тяжесть течения болезни	Вид антигена	Показатель РДТК в зависимости от динамики заболевания, в % ($M \pm m$)	
			В разгаре болезни Период разгара	Реконвалесценции
ВГВ	Легкая (n=18)	ЛАГ HBsAg	9,0±0,5 11,0±0,9	7,0±1,0 9,0±1,2
	Средне тяжелая (n=60)	ЛАГ HBsAg	13,0±1,4 15,0±1,9	10,0±0,7 11,0±0,9
	Тяжелая (n=12)	ЛАГ HBsAg	16,0±0,9 18,0±1,7	12,0±0,9 15,0±1,5
ВГВ+ кишечный лямблиоз	Легкая (n=10)	ЛАГ HBsAg	11,0±0,9* 13,0±1,0**	10,0±0,9* 11,0±0,9
	Средне тяжелая (n=55)	ЛАГ HBsAg	15,0±1,5 17,0±1,7**	14,0±0,9* 13,0±1,2
	Тяжелая (n=25)	ЛАГ HBsAg	18,0±0,9 21,0±1,8*	16,0±1,6* 15,0±1,5*
ВГВ+ лямблиоз билиарная форма	Легкая (n=12)	ЛАГ HBsAg	13,0±0,7 16,0±1,3*	9,0±0,8 11,0±0,9
	Средне-тяжелая (n=58)	ЛАГ HBsAg	18,0±1,8* 20,0±1,9*	12,0±0,9 15,0±1,5*
	Тяжелая (n=20)	ЛАГ HBsAg	21,0±1,7* 25,0±1,8	16,0±0,9* 18,0±1,8**
Здоровые	(n=20)	ЛАГ HBsAg	6,0±0,5 8,0±0,7	

Примечание: *-достоверность разницы показателей по сравнению со здоровыми; ** - между больными контрольной и основной группами.

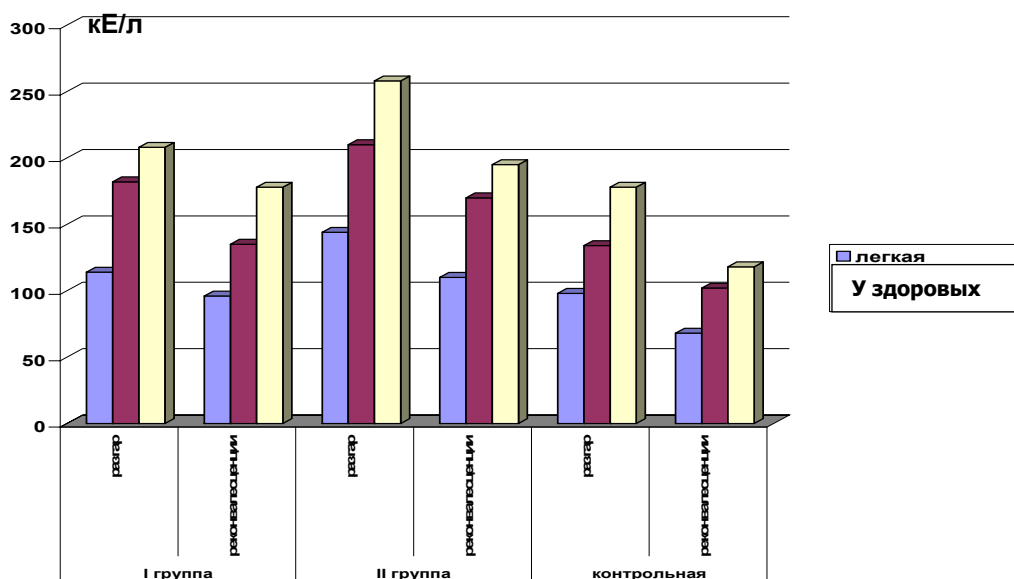


Рисунок. Содержание в крови общего иммуноглобулина Е у обследованных больных в зависимости от тяжести течения и период болезни (кЕ/л).

качестве антигена ЛАГ и HBsAg. При сопоставлении результатов проведенных исследований между основными и контрольной группами видно, что показатель РДТК достоверно больше независимо от тяжести течения болезни у больных основной группы. Более выраженная алергизация организма, определяемая по уровню дегрануляции тучных клеток, выявлена у больных ВГВ при сочетанном течении лямблиоза билиарной формы, с тяжелым течением болезни, чем у пациентов с сопутствующим заболеванием кишечной формы лямблиоза.

Заметное падение величины РДТК во всех группах обследованных больных наблюдается в период реконвалесценции болезни. Следует подчеркнуть, что у больных с микстинфекцией (ВГВ+ лямблиоза билиарной формы и ВГВ+ кишечной формы лямблиоза) в этом периоде заболевания сохраняются высокие показатели теста РДТК.

Аналогичные результаты выявлены и в отношении другого маркера ПЧНТ- содержание в крови общего иммуноглобулина Е (рис.).

Результаты исследования показали содержание в крови общего иммуноглобулина Е составило у больных легкой формы I основной группы (ВГВ+ кишечной формы лямблиоза) - $114,0 \pm 5,5$ кЕ/л, а среднетяжелой формы - $182,0 \pm 11,0$ кЕ/л, в тяжелой формы - $208,0 \pm 11,0$ кЕ/л; а у больных II основной группы - (ВГВ+ лямблиоза билиарной формы) - $144,0 \pm 15,0$; $210 \pm 16,0$ и $258,0 \pm 18,0$ кЕ/л, соответственно; контрольной группы - $98,0 \pm 3,7$; $134,0 \pm 6,4$ и $178,0 \pm 7,5$ кЕ/л, соответственно. Показатель этого маркера в разгаре болезни достоверно больше у больных ВГВ на фоне лямблиоза билиарной формы в сравнении с показателями с моноинфекцией независимо от тяжести течения заболевания. В то же время в отношении больных ВГВ на фоне сочетанного течения кишечной формы лямблиоза указанная закономерность выявлена только при тяжелом течении заболевания. Более высокие показатели упомянутого маркера ПЧНТ выявлены у больных ВГВ на фоне сочетанного течения лямблиоза билиарной формы. В период реконвалесценции содержание в крови общего иммуноглобулина Е составила у больных легкой формы I основной группы (ВГВ+ кишечной формы лямблиоза) - $96,0 \pm 3,8$ кЕ/л, а среднетяжелой формы - $135,0 \pm 5,8$ кЕ/л, в тяжелой формы - $178,0 \pm 6,2$ кЕ/л; а у больных II основной группы - (ВГВ+ лямблиоза билиарной формы) - $110,0 \pm 4,8$, $170,0 \pm 11,0$ и $195,0 \pm 15,0$ кЕ/л, соответственно; контрольной группы - $68,0 \pm 3,2$, $102,0 \pm 3,8$ и $118,0 \pm 5,2$ кЕ/л, соответственно. Если в период реконвалесценции содержание общего иммуноглобулина Е в крови у больных контрольной группы практически не отличалось от нормы, то у пациентов основных групп (ВГВ+кишечной формы лямблиоза, ВГВ+лямблиоза билиарной формы) показатель указанного теста оставался достоверно высоким по сравнению со здоровыми ($64,0 \pm 2,5$ кЕ/л), за исключением больных с легким течением заболевания.

Полученные результаты позволили нам сделать нижеследующие выводы:

1. Из выше изложенных цифровых сведений видно, что такие клинико-лабораторные про-

явление аллергического состояния, как кожный зуд высыпания, заложенность носа, зуд в горле, артралгия, проявления аллергических дерматитов, конъюнктивит, отеки типа Квинке, эозинофилия - достоверно проявляются у больных основных групп по сравнению с больными в контрольной группе. Клинические симптомы аллергического состояния более выражены у больных II группы.

2. У больных ВГВ на фоне сочетанного течения лямблиоза развивается ПЧНТ более выражена, чем у больных ВГВ без сопутствующей патологии.

3. Более высокие показатели ПЧНТ выявлены у больных ВГВ при сочетанном течении лямблиоза билиарной формы, чем кишечной формы лямблиоза, что необходимо учитывать при выборе тактики патогенетической терапии.

Использованная литература:

1. Асадов А.А., Шарапов М.Б., Фаворов М.О. Смертность от острых вирусных гепатитов в регионе с высокой эндемичностью заболевания (по материалам Республики Узбекистан за 1985-1995 гг.) // Медицинский журнал Узбекистана. - 1999. №2. - С. 9-13.
2. Мадримов З.Х., Маматкулов И.Х. Лямблиоз касаллигининг клиник иммунологик ва эпидемиологик тахлили //Инфекция, иммунитет ва фармакология. - Тошкент, 2004.- № 3.- Б.92-95.
3. Минина С.Н. Современные методы диагностики и лечения лямблиоза у детей/ Автореф... дис. канд.мед.наук. С.-Пб., 2009. -С. 24
4. О влиянии лямблиоза желчных путей на течение гепатита В у детей / Д.И. Игамбердыева, А.С. Харатова, Х.М. Мунаварава и др. // Актуальные вопросы эпидемиологии и паразитологии, бактериальных и вирусных инфекций. — Ташкент, 1982.—С.193-195.
5. Рахматов О.Б. Клинико-аллергологическая характеристика вирусного гепатита В на фоне сочетанного течения лямблиоза / Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Ташкент, 1998. -16 с.
6. Шарапов М.Б. Острые вирусные гепатиты А, В, С, Д, Е в гиперэндемичном регионе / Автореф. дис... докт. мед. наук. - Ташкент, 2001. - 32 с.
7. Яхъяев Х.Т., Ибадова Г.А. Особенности клинического течения острого вирусного гепатита В на фоне паразитозов // Вестник врача общей практики. - Самарканд, 2001. №1 (17).—С. 81-84.