

10±5,3%) при применении терапии с Бифиформ® Бэби.

Повторное микробиологическое исследование, проведенное после курса терапии в контрольной группе не выявило существенную разницу в показателях биоценоза слизистой кишечника до и после проведенной терапии.

Выводы.

1. На фоне терапии Бифиформ® Бэби отмечалось более быстрое купирование проявлений желудочно-кишечных расстройств у детей с дисбактериозом кишечника.

2. Бифиформ® Бэби способствует коррекции нарушений микробиоценоза кишечника.

3. Переносимость препарата хорошая. Побочных реакций при приеме Бифиформ® Бэби отмечено не было. Форма выпуска препарата удобна в применении у детей раннего возраста. 4. Бифиформ® Бэби может быть рекомендован для использования в детской клинической практике как эффективный препарат при лечении дисбактериоза кишечника.

Новые возможности терапии вирусного гепатита С

Ашимханова А.А., Курманова Г.М.

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова

Сегодня во всем мире вирусом гепатита С (ВГС) инфицировано более 170 миллионов человек и она является главной причиной хронического воспаления печени и фиброгенеза, приводящей к печеночной недостаточности и к гепатоцеллюлярной малигнизации. С 1986 года до сегодняшнего дня интерферон-альфа является главной составляющей терапии ВГС. Однако, стандартная комбинированная терапия рибавирином и пегилированным интерфероном (СПВТ) может достигать стойкого вирусологического ответа (СВО) только у 40-50%. К тому же, эти виды терапии несут значительный риск развития серьезных побочных эффектов и у значительного количества пациентов требует отмены терапии.

Для преодоления ИНФ-резистентности и повышения эффективности ПВТ разработан и проходит разные стадии клинических испытаний класс препаратов, получивших общее название это STAT-C (specifically targeted antiviral therapy for HCV), то есть целевая противовирусная терапия для ВГС, которая нацелена на определенные вирусные протеины или их функциональные эпитопы. К препаратам этого класса относятся ингибиторы протеаз, нуклеозидные и нуклеотидные ингибиторы полимераз, ингибиторы проникновения вируса в клетку хозяина.

Сегодня два ингибитора протеаз проходят последние (II и III) стадии клинических испытаний: теллапревир и боцепревир. Теллапревир является ингибитором NS3 серин-протеазы, которая отвечает за соединение между NS3 и NS4A, а также частично за контакт между другими неструктурными протеинами во время трансляции. Применение теллапревира в комбинации со стандартной терапией (комбинация с рибавирином необходима для достижения оптимального результата) позволяет достичь СВО на 20% чаще по сравнению со СПВТ. Но при применении теллапревира

уже наблюдаются мутации, приводящие к резистентности к данному препарату – уже после 14-дневной монотерапии теллапревиром у 50-75% больных в сыворотке были обнаружены квазиштампы, приобретенные мутации.

Целью ингибиторов полимераз являются вирусные NS5B РНК-зависимые РНК-полимеразы. 4-недельное назначение R1626 в комбинации с СПВТ у пациентов с 1-генотипом ВГС показало, что HCV-RNA не обнаруживается у 69% и 74% пациентов в конце лечения с R1626 + рибавирином и в тройной комбинации, соответственно. Нуклеозидный ингибитор R-7128 существенно снижал уровень вирусной нагрузки за 14 дней (на 2.7-log) у ИНФ-резистентных пациентов с 1 генотипом. GS-9190 – нуклеозидный ингибитор полимеразы – самый многообещающий препарат из этой группы для применения в комбинации с СПВТ.

Ингибирование проникновения ВГС в клетки хозяина могут обеспечить эффективный механизм элиминации вируса из организма. Последние исследования показали, что поверхностный рецептор CD81 и рецептор класса В 1-типа закрепленных лектинов (SKARB1 – scavenger receptor B type 1) вместе с протеинами claudin-1 – являются необходимыми факторами слияния и проникновения ВГС в клетки-хозяина. Препараты этой группы более перспективны для экстренной профилактики инфицирования ВГС, нежели для лечения уже имеющих ХВГС.

Исследования показали, что моноклональные антитела к CD81 (anti-CD81mAb) не ингибировали репликацию вируса у ранее инфицированных ВГС. Но данное направление исследований представляется наиболее перспективным, поскольку открывает перспективы первичной медикаментозной профилактики HCV-инфекции и/или перехода острого гепатита С в хроническую форму.

Особенности клинко-морфологических проявлений у больных функциональной диспепсией, ассоциированной с *Helicobacter pylori*

Мырзабаева Н.А., Иржанов С.И.

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы

Целью нашего исследования являлось изучение клинических и морфологических особенностей больных функциональной диспепсией (ФД), ассоциированной с *Helicobacter pylori*. Материал и методы исследования: обследовано 98 пациентов с ФД, из них 47 больных - с синдромом боли (СБ), 51 - с постпрандиальным дистресс-синдромом (ПДС). Возраст пациентов от 15 до 45 лет. Лиц мужского пола было 37, женского – 61. Диагностику ФД проводили на основании результатов клинического, лабораторного и инструментального исследований, включавших видеоэзофагогастродуоденоскопию с биопсией антрального и фундального отделов желудка с последующим морфологическим исследованием биоптатов. При гистологическом ис-

следовании биоптатов антрального отдела желудка (окраска гематоксилин-эозином) у всех пациентов оценивалась степень секреции слизи, отека, инфильтрации слизистой оболочки лимфоцитами, плазмócитами, нейтрофилами, эозинофилами с подсчетом суммарного воспалительного индекса. Наличие *Helicobacter pylori* у всех пациентов было подтверждено 2 методами: гистологическим (окраска по Романовскому-Гимзе) с количественной оценкой обсемененности антрального отдела желудка с помощью визуально-аналоговой шкалы и методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). Результаты исследования. При ФД с СБ, ассоциированной с *Helicobacter pylori* у большинства больных (74,5%) отмечался болевой синдром,

отрыжка (61,7%), тошнота (44,7%), ощущение переполнения в эпигастрии после приема пищи (38,3%), раннее насыщение (31,9%). При ФД с ПДС, ассоциированной с *Helicobacter pylori* наиболее частыми симптомами являлись ощущение переполнения в эпигастрии после еды (74,6%), раннее насыщение (64,7%), отрыжка (58,8%), тошнота (54,9%), вздутие живота наблюдалось у 37,3% больных, изжога – 27,4%. У 36,7% больных ФД, ассоциированной с *Helicobacter pylori* имелся семейный диспепсический анамнез. Интересным являлся тот факт, что у пациентов при выраженном обсеменении (++++) *Helicobacter pylori* не сопровождалось усилением клинической симптоматики (в сравнении с теми пациентами, у которых *Helicobacter pylori* не был обнаружен). При видеоэзофагогастродуоденоскопии в большинстве случаев наблюдался поверхностный гастрит: 72,4% - при СБ ФД, 62,7% - при ПДС; хронический антральный атрофический гастрит: 17,1% - при синдроме боли ФД, 15,7% - при постпрандиальном дистресс-синдроме; диффузный неатрофический гастрит – 10,5 и 9,8% соответственно. Рефлюкс-гастрит встречался одинаково часто – 23,4 и 21,5% соответственно. При морфологическом исследовании биоптатов антрального и фундального отделов слизистой оболочки желудка и при СБ и ПДС ФД, ассоциированной с *Helicobacter pylori* у боль-

шинства пациентов отмечался слабо или умеренно выраженный гастрит. У пациентов с антральным поверхностным гастритом морфологическая картина слизистой оболочки желудка характеризовалась небольшой активностью и минимальными дистрофическими и дисрегенераторными изменениями; при атрофическом гастрите выявлялась желудочная атрофия специализированных желез в глубоких слоях слизистой оболочки желудка, гиперплазия ямочного эпителия, отек и полнокровие собственной пластинки без признаков выраженного воспаления. Отмечалось наличие на слизистой оболочке самих *Helicobacter pylori*, которые имели вид изогнутых палочек, в просветах ямок находились свободно, не соединяясь с выстилающим их эпителием. Следует отметить, что у 42,5% больных с синдромом боли ФД и у 41,2% с постпрандиальным дистресс-синдромом отсутствовала инфильтрация нейтрофилами слизистой оболочки, как основной показатель активности гастрита. *Helicobacter pylori* инфекция чаще выявлялась у пациентов с поверхностным гастритом, чем с атрофией слизистой оболочки желудка.

Закключение. Проведенные нами исследования показали, что зависимости между активностью воспалительного процесса, клинической симптоматикой и обсеменением *Helicobacter pylori* у пациентов с ФД не прослеживается.

Эпидемиологическая характеристика вирусного гепатита А генотипа 1 подтип А в период сезонного подъема заболеваемости

Кыздарбеков А.М.

Жамбылская областная инфекционная больница, г.Тараз

Целью нашего исследования явилось изучить этиологию генотипирование и эпидемиологические особенности вирусного гепатита А в период сезонного подъема заболеваемости.

Материалы и методы. Для верификации этиологии вирусных гепатитов были собраны сыворотки крови больных поступивших в указанный стационар. Исследование проводили в референс лаборатории Центров по контролю и профилактике заболеваний (CDC, США, Атланта).

Результаты. В период проведения нашего исследования, с ноября по декабрь, обследовано всего 143 пациента, госпитализированных в областную инфекционную больницу г.Тараз. Возраст пациентов от 1 до 57 лет (средний возраст = 9+0,8. Результаты тестирования в референс лаборатории CDC выявили в 127/143 (89%) образцах сывороток крови маркеры гепатита А (IgManti-HAV), в 4/143 (3%) - маркеры гепатита В (IgManti-HBc). При генотипировании методом ПЦР крови больных с острым вирусным гепатитом А обнаружен только генотип 1 подтип А.

На контакт с больным вирусным гепатитом указывали 83% (106/127) больных. В 99%(105/106) случаев, имел место бытовой контакт и только один пациент указывал на контакт связанный с работой в медицинском учреждении.

98% (124/127) пациентов использовали централизованное водоснабжение, 2% (3/127) пользовались колодезной водой.

Обсуждение. Результаты нашего исследования, основанные на данных маркерной и ПЦР диагностики показали,

что в этиологической структуре вирусных гепатитов, в период сезонного подъема заболеваемости (ноябрь-декабрь), имело место значительное преобладание (88%) гепатита А генотипа 1.

Наше исследование также демонстрирует выявляемость инфекции среди детей старшей возрастной группы (5-14 лет), в отличие от младшей (1-4 лет), 79% и 21% соответственно. Аналогичные данные были получены рядом исследователей.

Обследованные нами дети были из многодетных семей, что также может способствовать распространению инфекции.

Среди обследованных нами больных гепатитом А, преобладающее большинство (83%) больных имели в анамнезе указания на наличие контакта. Из которых, 99% указывали на контакт в быту.

Закключение. Таким образом, результаты наших исследований показали, что сезонные подъемы вирусных гепатитов обусловлены гепатитом А генотип 1 подтип А. Основной путь инфицирования – фекально-оральный, обусловлен низким социально-экономическим уровнем. Преобладающий механизм передачи - контактно-бытовой. Инфицируются преимущественно дети в возрасте до 14 лет. Учитывая высокую роль контактно-бытового пути передачи гепатита А, необходимо проведение мероприятий по просвещению населения и улучшению санитарно-гигиенических условий жизни и проведения вакцинации против острого вирусного гепатита А в дошкольных и школьных учреждениях.