

ны люди с социальной или географической связью с заболевшим лихорадкой Эбола. Используя кольцевую модель вакцинации в Гвинее, удалось продемонстрировать 100% защиту спустя 10 дней после введения. Такой вывод был сделан после получения следующих результатов: никто из 2014 привитых не заразился после последней прививки, в то время как из 2380 человек из контрольной группы 16 заболели. Длительность «окна», в течение которого вакцина обеспечивает защитный ответ, составляла 10 дней. Испытание VSV-EBOV в Сьерра-Леоне, проводимое среди медицинских работников в очаге инфекции, недавно достигло III стадии. Ни о каких серьезных побочных эффектах, связанных с использованием VSV-EBOV, пока не сообщалось.

Несмотря на то что длительность иммунологической защиты от введенной вакцины еще неизвестна, открытие является впечатляющим как в плане прекращения эпидемии, так и в плане предотвращения дальнейшего распространения масштабных вспышек болезни Эбола. В связи с техническими трудностями иммунизации большого количества людей в условиях эпидемии в настоящее время рассматривается возможность носовой аэрозольной вакцинации, которая уже показала свою эффективность на животных моделях.

Перевод с англ. Ю.С. Кривуля

Зуева Т.М., Разводов В.А.
ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая
инфекционная больница», Россия

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЖЕЛТУХИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

В настоящее время сохраняется проблема дифференциальной диагностики вирусных гепатитов и механических желтух на догоспитальном этапе. Традиционно факт наличия желтухи часто сопровождается гипердиагностикой вирусных гепатитов.

По гепатитному отделению за 2014 год проведен 91 больной с желтухой различной этиологии, что составило 25 % от числа поступивших больных. 12 % составили пациенты с хроническим калькулезным холециститом (всего 11 случаев за 2014 год). Проанализировано 28 историй болезни за последние 3 года, где в заключительном диагнозе была указана ЖКБ, хронический калькулезный холецистит. 15 пациентов из 28 были переведены в хирургические отделения (50 %), оставшиеся 13 — на амбулаторное наблюдение и долечивание.

Возрастная характеристика больных: до 40 лет — 6 человек; 40–49 лет — 2 человека; 50–59 лет — 10 человек; 60–69 лет — 4 человека; 70 лет и старше — 6 человек. 57 % больных — женщины в возрасте 40–50 лет, что согласуется с данными литературы: до 50 лет у женщин желчные камни встречаются в 2 раза чаще, чем у мужчин (Шерлок Ш., Дули Д., 1998 г.). Всем больным (100 %) при направлении в инфекционную больницу был выставлен диагноз: вирусный гепатит. 24 больных были направлены врачами поликлиник, 4 — врачами

ССМП. В 11 случаях больные минимально обследованы в амбулаторных условиях (анализ мочи на желчные пигменты, клинический анализ крови, УЗИ). 3 пациента из 11 осмотрены хирургом.

При анализе клинических показателей было выявлено следующее: преджелтушный период длительностью до 2 недель был выявлен у 14 больных (50 %); до 2–3 дней — у оставшихся 14 больных (50 %).

1. В большинстве случаев он был ярко выражен и, как правило, начинался с болевого синдрома.

2. Боли умеренного или выраженного характера в правом подреберье беспокоили 78 % больных, в 2 случаях болевой синдром отсутствовал и в 4 случаях боли носили невыраженный, но постоянный ноющий характер.

3. В 75 % случаев были выражены явления интоксикации (тошнота, рвота).

4. У 70 % больных выявлена гепатомегалия; желчный пузырь пальпировался у 2 пациентов.

5. В эпидемиологическом анамнезе у 21 больного значились парентеральные вмешательства за последние 6 месяцев.

6. Во всех случаях выявлена желтуха. В большинстве анализов преобладала прямая фракция билирубина. Общий билирубин в 11 случаях превышал 100 мкм/л при умеренной ферментемии в 25 случаях; лишь в 3 случаях АлАТ превышал 500 Е/л.

7. Со стороны периферической крови реакция в виде лейкоцитоза (более $10 \cdot 10^9$ /л была обнаружена у 14 % больных. В 86 % случаев количество лейкоцитов не превышало $10 \cdot 10^9$ /л. СОЭ более 20 мм/ч отмечалась в 50 % случаев, у оставшихся 17 пациентов СОЭ была в пределах нормы.

8. УЗИ паренхиматозных органов проводилось всем больным (100 %), в результате у всех пациентов были обнаружены конкременты в желчном пузыре. В динамике проводилось УЗИ. Все больные консультированы хирургом. 50 % больных (14 человек) в период от 1 до 6 дней были переведены в хирургические стационары. Средняя продолжительность пребывания там подобных больных равнялась 3,8 дня.

Таким образом, желтуха — это синдром, являющийся общим при вирусных гепатитах и механических желтухах. Анализируя истории болезни больных гепатитного отделения, которым был выставлен диагноз: ЖКБ, механическая желтуха, получили следующие данные: хроническим калькулезным холециститом страдают лица старшего и пожилого возраста, чаще женщины (50 %); отсутствует характерная для вирусного гепатита цикличность: короткий преджелтушный период (до 2–3 дней у 50 % больных) с преобладанием болевого синдрома и явлений интоксикации; в клинической симптоматике — невыраженная интенсивность желтухи, преобладание прямой фракции билирубина с низкой или умеренной активностью ферментов (менее 3 ммоль/л у 48 % больных); биохимические анализы, УЗИ органов брюшной полости в 100 % подтвердили наличие конкрементов; в

клинических анализах крови выявлены умеренный лейкоцитоз и повышенная СОЭ, не характерные для вирусных гепатитов.

Возможны следующие рекомендации: больных старшего и пожилого возраста при наличии желтухи оценивать как потенциально хирургических пациентов. При направлении подобных пациентов врачами поликлиник по мере возможности проводить минимум параклинических исследований.

Литяева Л.А.¹, Ковалева О.В.¹, Закопаева Е.С.²

¹ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения России

²ГБУЗ «Оренбургская областная инфекционная больница», Россия

ОСОБЕННОСТИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ У ДЕТЕЙ С ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Ветряная оспа (ВО) в структуре инфекционной патологии детского возраста занимает одно из ведущих мест с наметившейся в последние годы тенденцией к утяжелению ее течения, особенно у детей с иммунодефицитными состояниями.

Цель исследования: дать характеристику течения ветряной оспы у детей с онкогематологическими заболеваниями.

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезни детей с ВО, госпитализированных за период март — май 2015 г. в ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая инфекционная больница» (ООКИБ) из ГБУЗ «Оренбургский областной клинический онкологический диспансер» (ООКОД).

Диагноз ветряной оспы ставился на основании клинических данных и эпидемиологического анамнеза.

Результаты исследования. Всего за указанный период было госпитализировано 4 детей, возраст которых варьировал от 3 до 5 лет. У трех из них был лимфобластный лейкоз, у одного — нейробластома забрюшинного пространства.

В эпидемический процесс в ООКОД было вовлечено 14 детей в возрасте 3–14 лет, но контактные по ВО в инфекционную больницу не переводились: часть была выписана по месту жительства, другие — из-за невозможности прерывания проводимого им лечения. Трое заболевших были переведены на первые сутки, один — на вторые сутки от начала высыпаний. Дети были дошкольного возраста (3 года, 3 года 8 месяцев, 4,5 года, 4 года 10 месяцев).

Установлено, что первый случай заболевания был занесен вновь поступившим ребенком. Интервал между последующими случаями заболевания составил 14–20 дней, продолжительность вспышки — 45 дней (конец марта — апрель — май). Среди медицинского персонала случаев ВО не было.

Заболевание у троих детей (с лимфобластным лейкозом (2) и нейробластомой забрюшинного про-

странства (1)) началось остро, с появления кожных высыпаний в виде пятен — папул — везикул и синдрома интоксикации (повышение температуры до 37,2–37,5 °С, недомогание, снижение аппетита, головная боль, раздражительность). ВО имела типичные клинические проявления и протекала в тяжелой форме, обусловленной основным заболеванием и резко выраженным иммунодефицитом. Высыпания появлялись толчкообразно, с перерывом в 1–3 дня и сопровождались повышением температуры.

В общем анализе крови регистрировалось значительное снижение гемоглобина и тромбоцитов (от $147 \cdot 10^9/\text{л}$ до $91 \cdot 10^9/\text{л}$), в связи с чем проводилось переливание одногруппной тромбовзвеси и тромбодонора, достигнута нормализация показателей тромбоцитов. Продолжительность периода высыпаний составила 7 ± 1 , интоксикации — 9 ± 2 дня.

У одного из детей с лимфобластным лейкозом заболевание началось необычно, с выраженных болей и вздутия живота, задержки стула и газов, ставших причиной ошибочной госпитализации в Центр детской хирургии. Только на следующие сутки, когда у ребенка повысилась температура до 37,4 °С и появились кожные высыпания в виде обильных везикул с геморрагическим содержимым, диагноз стал очевидным и пациент был переведен в ООКИБ. При поступлении состояние ребенка было очень тяжелым, отмечалась обильная везикулезная сыпь на коже и слизистых с геморрагическим содержимым. В общем анализе крови выявлено снижение гемоглобина до 100 г/л, тромбоцитов — до $53 \cdot 10^9/\text{л}$, с 4-го дня болезни было отмечено увеличение времени свертывания. Заболевание протекало крайне тяжело, с молниеносным развитием геморрагического синдрома, проявляющегося геморрагической петехиальной сыпью на кожных покровах, носовым кровотечением, кровоточивостью из мест инъекций, обильным кровотечением из желудка по зонду, ротовой полости, появлением влажных хрипов в легких. Показатели крови: гемоглобин — 60 г/л, эритроциты — $1,9 \cdot 10^{12}/\text{л}$, гематокрит 17 %, тромбоциты — $71 \cdot 10^9/\text{л}$, в течение 10 минут — отсутствие свертывания крови. Переливание тромбовзвеси, свежзамороженной плазмы, эритроцитарной массы оказалось неэффективным, с летальным исходом на 4-е сутки. Патологоанатомический диагноз: ветряная оспа. Типичная. Тяжелой степени. Геморрагическая форма. Кровоизлияния в слизистых пищевода, желудка, кишечника, серозных листках, альвеолах, лимфоузлах, клетчатке у головки поджелудочной железы, желудочно-кишечное кровотечение. Анемия. Гидроторакс.

Таким образом, ветряная оспа в условиях внутрибольничного инфицирования у пациентов с онкогематологическими заболеваниями сохраняет типичные клинические проявления, наиболее часто поражает детей 2–5 лет и отличается высокой интенсивностью распространения, утяжелением течения и развитием осложнений.

Для снижения степени риска ВО у детей с онкогематологическими заболеваниями, особенно в услови-