

Ю. И. РЕШЕТИЛОВ, С. Н. ДМИТРИЕВА, Е. Ю. ВАСИЛЬЧЕНКО,
Л. Ф. КУЗНЕЦОВА, Н. Н. ПРОЦЕНКО, Н. Н. СУРМИЛО, Т. В. БОГОСЛАВ,
Л. В. ТАРАНЮК, Л. Г. ЗУЕВИЧ, Т. А. ДЯДЕЧКО, О. Ф. ЦАПРИКА

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ В ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ

Кафедра гастроэнтерологии и терапии (зав. – Ю. И. Решетилов)
Запорожской медицинской академии последипломного образования

На основании интегральной оценки клинико-лабораторных данных 610 больных с патологией пищеварительной системы, ассоциированной с хронической специфической инфекцией – ХСИ (VNA, VNE, VNB, VNC, VND, GB, F, TTV, SEN; герпес I и II типа ЦМВИ, токсоплазмоз), было сформулировано понятие «системной полигландулопатии». Авторы проанализировали некоторые патогенетические механизмы и клинические особенности течения ХСИ у больных с гастроэнтерологическими заболеваниями, предложили принципы диагностики и комплексного лечения этой патологии.

Ключевые слова: хроническая неспецифическая инфекция, гастроэнтерологическая патология, комплексное лечение.

Заболевания, ассоциированные с хронической специфической инфекцией (ХСИ), являются одной из актуальных проблем современной клинической практики. Представления о персистенции вирусов как причине стойкой резистентности реконвалесцентом на современном этапе дополнены патогенетической оценкой ХСИ с позиции влияния на макроорганизм в разные фазы жизненного цикла возбудителя [1, 4, 9].

В результате интегральной оценки клинико-лабораторных данных 610 больных, у которых гастроэнтерологическая патология была ассоциирована с ХСИ (гепатотропные вирусы – VNA, VNE, VNB, VNC, VND, GB, F, TTV, SEN, цитомегаловирусная – ЦМВИ, герпесвирусная инфекция I и II типа, хламидии, токсоплазмоз), сформулировано понятие “системной полигландулопатии” [6, 7], под которым понимается нарушение структурного или функционального состояния glanduloцитов одновременно в нескольких системах органов, вызванное общим этиологическим фактором, действие которого реализовано на фоне вторичного иммунодефицитного состояния (ИДС) организма больного [8]. При этом природа ИДС связана с особенностями латентного или персистентного течения ХСИ, вирулентностью и патогенностью возбудителя в фазу репликации и интеграции [1, 3]. Микстные поражения были выявлены у 362 (59,8%) больных; зарегистрированы ассоциантные комбаниции: токсоплазмоз + ЦМВИ (38,2%), ЦМВИ + гепатотропные вирусы + токсоплазмоз (34,1%), герпесвирусная + ЦМВИ + гепатотропные вирусы + токсоплазмоз (27,7%). Различные варианты полимикробных ассоциаций – дисбактериоз кишечника и влагиалица, гарднереллиоз, кандидозный стоматит (молочница), стафилококко- или стрептококконосительство – отмечены у всех обследованных больных, находящихся в гастроэнтерологической клинике.

Вопрос о необходимости включения в комплекс диагностических мероприятий тестов на ХСИ у каждого конкретного больного решали на основании клинической картины заболевания, отличительной особенностью которой была полисиндромность проявлений основного заболевания и наличие сопутствующей патологии. Так, у 1 больного одновременно могли быть диагностированы хронический панкреатит и системная эндокринопатия, мочекислый диатез, хронический калькулёзный холецистит и нефролитиаз.

Клинические данные, указывающие на возможность ХСИ как основного этиологического фактора страдания больного, нередко были дополнены сведениями

о генеалогическом анамнезе больного, в котором определялись признаки полиорганных и полисистемных поражений у ближайших родственников. Причём далеко не всегда в семейном анамнезе регистрировали только гастроэнтерологическую патологию. Так, мы наблюдали семьи, в которых у сына, отца и деда был сахарный диабет и хронический простатит, у дочери и матери – жёлчнокаменная болезнь и фибромиома матки, а бабушка умерла от недифференцированной болезни печени. В другой семье по наследственной материнской линии были выявлены гиперпластический зуб, хронический панкреатит, заболевания кишок и ишемическая болезнь сердца. В каждом случае, наряду с фактором генетической детерминированности предрасположения к указанным заболеваниям, нельзя было исключить семейную ХСИ.

Между тем практика показывает, что системность поражений учитывают лишь в 0–5% случаев: обычно при формулировании диагноза врач выделяет главный синдром, а назначенное лечение в 85% случаев предполагает терапевтическое воздействие только на одну систему органов. В результате больной на протяжении многих месяцев обращается к разным специалистам – гастроэнтерологу, кардиологу, гинекологу, эндокринологу, проходит рекомендованные курсы нередко дорогостоящего лечения, однако существенных положительных изменений в его состоянии не происходит. Только правильная оценка значения ХСИ как одного из ведущих этиологических факторов заболевания позволяет внести изменения в комплексную терапию больного и значительно повысить её эффективность.

Диагностика ХСИ проводится по унифицированным методикам с применением иммуноферментного анализа (ИФА) или полимеразной цепной реакции (ПЦР), а также с помощью вирусологического или бактериологического методов [3, 8, 9]. Учитывая ряд социально-медицинских факторов, в частности ответственность врача и необходимость кардинальной коррекции планового лечения при постановке диагноза ХСИ, сложность и высокую стоимость специальных диагностических методов верификации этого диагноза, считаем целесообразным более подробно остановиться на клинических проявлениях данной патологии.

Объективное обследование больных с гастроэнтерологическими заболеваниями, ассоциированными с ХСИ, позволило выделить наиболее типичные синдромы: астеновегетативный, эпителиальный (бледность и трофические изменения кожи и слизистых оболочек), кардиоваскулярный (аритмия, систолический функциональный или органический шум в сердце и на крупных сосудах), эндокринопатический (дисплазия щитовидной железы, гирсутизм, маскулинизация у 60% женщин, появление подкожных липоматозных узлов), умеренно выраженный гепатолиенальный синдром, системная лимфаденопатия, недифференцированный субфебрилитет.

Лабораторные анализы показали изменение концентрации гормонов гипофиза, щитовидной и поджелудочной железы, гормонов половой системы. Так, при радиоиммунологическом исследовании регистрировали повышение содержания тиреотропного гормона (ТТГ), трийодтиронина (Т3), общего тироксина (Т4), снижение С-пептида, инсулина. При биохимическом исследовании выявляли феномен уклонения ферментов в кровь (АлАТ, АсАТ), повышение уровня билирубина, трипсина, амилазы, щелочной фосфатазы. В общем анализе крови нередко определяли гипохромную железододефицитную анемию I–II степени, лимфоцитоз или лимфопению, моноцитоз или монопению, умеренно повышенную СОЭ. В иммунограммах больных отмечали разной степени выраженности нарушения показателей системного иммунитета и неспецифической резистентности, соответствующие вторичному ИДС. При ультразвуковом и компьютерном томографическом исследовании у больных нередко впервые были выявлены кальцификаты, структурная патология щитовидной железы, яичников, печени, почек, холе- или уrolитиаз.

Систематизация результатов клинико-лабораторного обследования больного позволила выделить следующие гастроэнтерологические "маски" вирусно-бактериальных полисистемных и полиорганных glandулопатий: рефлюксная болезнь и другие варианты нарушения моторной функции пищеварительного канала; хронические воспалительные заболевания органов гастродуоденальной зоны с развитием эрозивно-язвенных изменений слизистой оболочки и нервно-мышечного комплекса стенки полых образований; болезни оперированного желудка, клинической основой которых являются постгастрорезекционные и постагагомические расстройства; синдром раздражённой толстой кишки; хроническая абдоминальная ишемия; панкреатит с внешне- и внутрисекреторной недостаточностью, киста и опухоль поджелудочной железы, синдром Эллисона, сахарный диабет; гепатит, цирроз, киста и опухоль печени; пигментный наследственный гепатоз (синдром Жильбера), алкогольная болезнь печени; хронический бескаменный и калькулёзный холецистит, постхолецистэктомический синдром.

Таким образом, при любом нозологическом варианте болезней органов пищеварения описанная полисиндромность патологического процесса должна настораживать врача в отношении ХСИ.

Острые проявления ХСИ отмечаются редко, более типичны стёртые или латентные формы, которые протекают бессимптомно или диагностируются как острая респираторная вирусная инфекция неопределённой этиологии. При этом могут наблюдаться субфебрилитет, дерматоинтестинальные или дерматореспираторные проявления аллергии, синдром хронической усталости, персистентное течение вегетососудистой дистонии. Манифестация ХСИ может произойти вследствие перенесённых интеркуррентных заболеваний, при стрессовом состоянии, беременности, белковом голодании, авитаминозе, наличии других неблагоприятных факторов, в том числе экологических.

Лечение заболеваний пищеварительной системы, ассоциированных с ХСИ, должно быть комплексным, этиотропным и патогенетическим. Терапия основного заболевания пищеварительной системы является базисной и проводится в соответствии с клинико-морфологической стадией процесса. Этиотропность достигается введением в лечебный комплекс препаратов пириметамин или антибиотиков-макролидов при токсоплазмозе, противогерпетических препаратов (ацикловир, ганцикловир и др.) и заместительной иммуноглобулинотерапии при герпесе I, II типа и ЦМВИ, плановая α -интерферонотерапия с применением природных (веллферон, реаферон) и генноинженерных препаратов (интрон А, роферон А, реаферон). Патогенетическим компонентом комплексного лечения заболеваний, ассоциированных с ХСИ, является иммунокоррекция, которая может быть достигнута в результате применения α -интерферонов за счёт экспрессии антигенов главного комплекса гистосовместимости и усиления активности цитотоксических Т-клеток и НК-киллеров [1, 3, 9]. Нами при инаппаратных вариантах течения ХСИ положительный эффект (объективное улучшение состояния больного, восстановление параметров иммунограммы, положительная субъективная реакция больного) был получен в результате введения в комплексное лечение эндогенных индукторов интерферона (циклоферон). Дозы препаратов и схемы лечения подбирают индивидуально и они зависят от активности процесса, фазы ХСИ (репликация, интеграция), содержания сывороточной ДНК вируса, степени ИДС макроорганизма.

На кафедре гастроэнтерологии Запорожской медицинской академии последипломного образования разработаны экспресс-методы индивидуального тестирования лекарственных средств и компонентов терапевтических схем с учётом их резобтивного и местного действия на пищеварительный канал в разные фазы межпищеварительного цикла [5, 6], апробируются методики определения индивидуальной тактики лечения ХСИ, внедрение которых способствует повышению эффективности и безопасности терапевтических мероприятий.

Список литературы

1. *Бабак О. Я.* Хронические гепатиты. – К.: Блиц-Принт, 1999. – 208 с.
2. *Клиническая иммунология* / Под ред. Е. И. Соколова. – М.: Медицина, 1998. – 272 с.
3. *Клиническая гастроэнтерология* / Под ред. Н. В. Харченко. – К.: Здоровья, 2000. – С. 207–324.
4. *Соринсон С. Н.* Вирусные гепатиты. – СПб: Медицина, 1998. – 332 с.
5. *Решетиллов Ю. И.* Компьютерная полиметрия: Метод. рекомендации. – Запорожье, 1999. – 22 с.
6. *Решетиллов Ю. И.* Клиника, диагностика и лечение полисистемных glandулопатий в гастроэнтерологии: Метод. рекомендации. – Запорожье, 2000. – 18 с.
7. *Решетиллов Ю. И., Дмитриева С. Н.* Системные полигlandулопатии и «маски» заболеваний в гастроэнтерологии // Гастроэнтерология: Міжвідомчий збірник. Вип. 31. – Дніпропетровськ, 2000. – С. 161–165.
8. *Шерлок Ш., Дули Дж.* Заболевания печени и желчных путей: Пер. с англ. / Под ред. З. Г. Апросиной, Н. А. Мухина. – М.: Гэотар Медицина, 1999. – С. 302–380, 563–602.
9. *ТОРСН-ІНФЕКЦІЇ у вагітних (клініка, діагностика, лікування, профілактика): Метод. рекомендації.* – Одеса, 1998. – 22 с.

КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ХРОНІЧНОЇ СПЕЦИФІЧНОЇ ІНФЕКЦІЇ В ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЇ

*Ю. І. Решетілов, С. М. Дмитрієва, О. Ю. Васильченко,
Л. П. Кузнецова, Н. М. Проценко, М. М. Сурмило, Т. В. Богослав, Л. В. Таранюк,
Л. Г. Зуєвич, Т. О. Дядечко, О. Ф. Цаприка (Запоріжжя)*

На підставі інтегральної оцінки клініко-лабораторних характеристик 610 хворих з патологією травної системи, асоційованої з хронічною специфічною інфекцією – ХСІ (VHA, VHE, VHB, VHC, VHD, GB, F, TTV, SEN; герпес I та II типу, ЦМВІ, токсоплазмоз), було сформульовано поняття “системної полігlandулопатії”.

Автори провели аналіз деяких патогенетичних механізмів та клінічних особливостей перебігу ХСІ у хворих з гастроентерологічними захворюваннями, запропонували принципи діагностики та комплексного лікування цієї патології.

Ключові слова: хронічна неспецифічна інфекція, гастроентерологічна патологія, комплексне лікування.

THE CLINICAL AND PATHOGENIC IMPORTANCE OF THE CHRONIC SPECIFIC INFECTION IN THE GASTROENTEROLOGY

*Yuri I. Reshetilov, S. N. Dmitrieva, E. J. Vasilchenko,
L. F. Kuznetsova, N. N. Protsenko, N. N. Surmilo, T. V. Bogoslav, L. V. Taranjuk,
L. G. Zuevich, T. A. Djadechko, O. F. Tsaprika (Zaporozhye)*

As a result of the integrative evaluation of clinical and laboratory results of 610 patients with pathology of the digestive system, which was accompanied with the chronic specific infection (CSI) such as VHA, VHE, VHB, VHC, VHD, GB, F, TTV, SEN; types I and II herpes virus, cytomegalovirus, toxoplasmosis. The conception of the systemic polyglandulopathy was formulated.

The authors have analyzed some pathogenic mechanisms and clinical peculiarities of the chronic specific infection in patients with the diseases of the digestive system and the principles of the diagnosis and complex treatment were proposed.

Key words: chronic nonspecific infection, gastroenterology pathology, complex treatment.