

но наличие лимфомононуклеаров (от 5 до 75%), причем на фоне абсолютного лимфоцитоза у 24% и лимфопении – только у 4% больных. В 72% случаев абсолютное количество лимфоцитов не выходило за пределы нормальных величин. У всех больных отмечено наличие плазматических клеток в количестве 1-5% (зрелые и созревающие формы).

Моноцитоз встречался лишь у 12% больных, причем его выраженность была незначительной. Абсолютная нейтропения была отмечена у 56% больных, нейтрофиллез в обследуемой группе детей не наблюдался. Таким образом, основным фактором, участвующим в развитии лимфоаденопатии у детей старшего возраста, является вирус Эпштейна-Барр, однако важное значение имеют вирусные и вирусно-бактериальные ассоциации. Наиболее четкими маркерами лимфоаденопатии являются наличие лимфомононуклеаров, тромбоцитоз и ретикулоцитоз.

### **К вопросу о взаимосвязях HBV-, HCV- и HIV- инфекций при их сочетанном течении**

Веревищikov В.К., Борзунов В.М.

*Уральская государственная медицинская академия,  
Екатеринбург*

Увеличение числа вирусных агентов, вызывающих воспалительный процесс в печени, появление в последние годы новых возможностей их диагностики, возрастание случаев микст-инфекций и расширение спектра противовирусных препаратов заставляют более пристально взглянуть на проблему сочетанных заболеваний.

Среди различных сочетаний возбудителей, вызывающих вирусный гепатит (ВГ) на первое место выходит смешанная HBV/HCV-инфекция как в остром, так и хроническом вариантах ко- и суперинфекций. Подобное сочетание особенно актуально у лиц, употребляющих внутривенно психоактивные средства, имеющих и ВИЧ-инфекцию. В данных случаях определение "ведущей" инфекции, определяющей основную тяжесть процесса, представляет значительные трудности.

При смешанной инфекции вирусами гепатитов В и С в ряде состояний наблюдается феномен интерференции, приводящий к взаимному ингибированию двух геномов, в других случаях – кумулирующий эффект, приводящий к более быстрому и глубокому прогрессированию патологического процесса в печени, чем при моноинфекции. По-видимому, как и в целом патогенез гемоконтактных вирусных гепатитов, данное обстоятельство определяется характером иммунного ответа организма в ответ на инфекционный агент. Что касается доминирующей активности между HBV и HCV, то сведения у разных авторов прямо противоположные как в пользу первого, так и второго. В подобных ситуациях, по нашему мнению, немаловажной является последовательность инфицирования вирусами, а следовательно, и патогенетический вариант заболевания в зависимости от манифестации той или иной инфекции. В большинстве верифицированных по указанному признаку случаев наблюдается репликация только HCV, что может в некоторой степени

определяться внепеченочной локализацией вирусной активности.

Ситуацию смешанного инфицирования гепатотропными вирусами в значительной мере осложняет присоединение ВИЧ-инфекции. Как следует из наших исследований, в большинстве случаев вирусные гепатиты в варианте моно- или уже микст-инфекции предшествуют заражению HIV. Решение вопроса как "поведет себя" печень и каковы будут возможности и приоритеты в противовирусной терапии во многом зависит от стадии развития болезни по каждой этиологической составляющей. Достаточно достоверным считается, что ВИЧ-инфекция ускоряет естественное течение хронического гепатита С и вместе с тем, она не мешает лечению хронической HCV-инфекции. С другой стороны, ВГС-инфекция не оказывает видимого влияния на темпы прогрессирования ВИЧ-инфекции, но вносит определенные трудности в лечение последней, так как признаки гепатотоксичности антиретровирусных препаратов наблюдаются у микст-инфицированных ВИЧ и ВГС с самого начала их применения. Иммуносупрессия, связанная с воздействием ВИЧ, не может не отразиться на течении, клинических и лабораторных проявлениях вирусного гепатита С. Точно также состояние печени скажется на функциональных показателях иммунитета, а значит и на развитие ВИЧ-инфекции, вторичных поражений и эффективности проводимой терапии.

Таким образом, выбирая протокол лечения, как вирусных гепатитов, так и ВИЧ-инфекции, необходимо иметь четкие представления о последовательности приобретения инфекций, их длительности, стадии активности с учетом репликации вирусов, состоянии иммунного статуса, что возможно только по совокупности всего спектра клинических и лабораторных признаков и параметров. Ответственность больного заключается в соблюдении принципа приверженности терапии в силу сроков ее продолжительности, достаточной и правильной дозированности и отказа от всех отягчающих лечение субъективных состояний.

### **Клинико-эпидемиологическая характеристика вирусной инфекции неуточненной этиологии**

Витковская В.А.

*Астраханская государственная медицинская  
Академия, Астрахань*

С 2003 года инфекционные заболевания, протекающие с лихорадкой неуточненной этиологии, стали объединять под рубрикой ВИН (вирусная инфекция неуточненная). С этим диагнозом из отделения выписано 219 человек (15,2 %) от общего количества пролеченных больных. Основная масса 84 % - 177 случаев лечилась в III квартале 2003 года. Мужчин было 65,8 %, женщин – 34,2 %. Городские жители составили 62,2 %, сельские – 37,8 %. Из эпидемиологических данных удалось установить, что укус клещей и других насекомых составил всего 4,7 %. Больные направлялись в ОИКБ с диагнозами лихорадка неясного генеза – 57,7 %, с другими диагнозами – АВИ, ОРВИ, АРЛ, КГЛ, ВГ, сепсис, малярия, орнитоз - 32,3 %. В