

## ПРОТИВОВИРУСНЫЕ ВАКЦИНЫ И ИММУНИЗАЦИЯ

### НЕОБЫЧНЫЕ РЕАКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПОСЛЕ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ГЕПАТИТА В В АЛТАЙСКОМ КРАЕ

**А.В. Суворова**

*Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул*

Алтайский край относится к гиперэпидемичным районам по уровню носительства вируса гепатита В среди населения, поэтому все новорожденные с массой тела более 2 кг прививаются в первые часы жизни и далее по схеме "0-1-6". Большинство беременных, особенно в сельских районах не обследуются на HbsAg. Специфический иммуноглобулин, который рекомендуется вводить новорожденным при первом введении вакцины, в России не зарегистрирован и, соответственно, не вводится. Вакцина считается слабо реактогенной. Существует утвержденный перечень вакцинальных реакций (осложнений), при воз-

никновении которых в установленные сроки врач может их регистрировать и документировать [1]. Если же осложнения не входят в данный список, то их регистрация представляет интерес только для врача, их выявившего, более того, предание гласности таких эпизодов не приветствуется администрацией ЛПУ.

Между тем выявление возможных осложнений вакцинации и разработка мер их предупреждения, на наш взгляд, необходимы для разработчиков и производителей вакцин. Целью данного сообщения является привлечение внимания специалистов, разрабатывающих и производящих вакцину против гепатита В ("Комбиотех", "Микроген"), к возможности необычных (не включенных в утвержденный список) осложнений вакцинации.

В течение 2003–2004 гг. в педиатрическую клинику АГМУ поступило 6 детей в возрасте 1 месяц 1 день – 1 месяц 27 дней с геморрагическим синдромом и желтухой. Их клиническая характеристика приведена в таблице.

*Таблица*

№п/п	M1, г	M2, г	Сроки появления геморагий	Характер геморрагического синдрома	Желтуха	Заключительный диагноз и исход
1	3000	3900	1 мес. 6 дней	Гематома в месте инъекции на бедре, кровотечения из мест инъекций	Повторный эпизод	Вторичная коагулопатия на фоне реактивного гепатита. Выздоровление
2	2900	3800	1 мес. 1 день	Кровотечения из мест инъекций, кровоизлияние в паренхиму левого полушария головного мозга	Повторный эпизод	ВУИ неуточненной этиологии. ДВС-синдром. Субдуральная гематома, паренхиматозное кровоизлияние. Гемипарез слева
3	2600	3400	1 мес. 4 дня	Гематома в месте инъекции на бедре, кровотечение из пальца	Повторный эпизод	Реактивный гепатит, коагулопатия печеночного генеза. Выздоровление
4	2900	3500	1 мес. 3 дня	Гематома в месте инъекции на бедре, кровоизлияние в паренхиму левого полушария головного мозга	Затяжная (с рождения)	ВУИ неуточненной этиологии. ДВС синдром. Летальный исход на 49 сут. жизни. Патанатомически ДЗ: межлочечный гепатит с явлениями холестаза
5	4100	4800	1 мес. 13 дней	Гематома в месте инъекции на бедре, кровотечения из пальца, субдуральная гематома височно-теменной области слева	Повторный эпизод	Гемофилия В (в последствии диагноз был снят). Оперирован – трепанация черепа, удаление гематомы. Левосторонний гемипарез
6	2800	3900	1 мес. 5 дней	Геморрагическая сыпь	Затяжная	Синдром внезапной смерти. ВУИ неуточненной этиологии. ДВС-синдром. При вскрытии – множественные кровоизлияния во внутренние органы

Примечание. M1 – масса тела при рождении; M2 – масса тела в 1 мес.

Все дети были доношенными, находились на естественном вскармливании, прибавка массы тела за 1

месяц жизни – физиологическая, девочки (2 и 3) – близнецы. Первую вакцинацию все они получили в день рождения, вторая вакцинация была проведена в возрасте 1 месяц, после чего развернулась вышеприведенная клиническая картина. В 4 случаях из 6 дети проживали в одном районе Алтайского края, вакцина во всех случаях была Томского производства, серия совпала только в двух случаях (у близнецов). Еще у 6 детей подобные проявления отмечались на первом месяце жизни, однако соотнести клинику с вакцинацией у этих больных значительно труднее.

При лабораторном обследовании была выявлена билирубинемия от 34 до 107 ммоль/л, в динамике повышалась доля прямого билирубина, активность трансаминаз не превышала 1,5 нормы. Время свертывания цельной крови колебалось от 5 мин до полного отсутствия образования сгустка. Количество тромбоцитов у всех было нормальным. По лабораторным критериям данных за ДВС-синдром выявлено не было. Протромбиновое время определялось в интервале от 20 до 290 с (контроль – 17 с), по тесту АПТВ – гипоккоагуляция от 45 до 75 с. Концентрация РФМК по ортофенантролиновому тесту ни у одного из больных не превышала нормальных показателей. Активность VIII и IX факторов свертывания колебалась от 50 до 100%, причем активность IX фактора была всегда ниже, на уровне 50–70%. У мальчика К. снижение IX фактора зарегистрировано до 4,5%, был установлен диагноз: спорадическая форма гемофилии В. В дальнейшем при многократном обследовании в течение

года у больного К. уровень IX фактора всегда был выше 100%, т. е. дефицит фактора был транзиторным.

Необходимо напомнить, что синтез IX фактора является частично К-зависимым и нарушается при явлениях холестаза, а факторы протромбинового комплекса зависят и от концентрации витамина К и от белковосинтетической функции печени.

На основании приведенных клинических и лабораторных данных можно предполагать, что у доношенных новорожденных может возникать необычная поствакцинальная реакция на введение отечественной вакцины против гепатита В в виде реактивного гепатита с холестазом. Клинически реакция проявляется в виде затяжной желтухи или ее повторного возникновения. При тяжелом холестазе развивается вторичная коагулопатия с нарушением синтеза факторов протромбинового комплекса и транзиторным дефицитом IX фактора свертывания. Тип кровоточивости – гематомный. Витально опасными являются не реактивный гепатит и холестаз, а геморрагические осложнения, поэтому при появлении холестаза (желтухи) после вакцинации необходимо проведение комплекса профилактических мер, включающего введение викасола, желчегонных препаратов и преднизолона.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Таточенко В.К., Озерецковский Н.А., Федоров А.М. и др. Иммунопрофилактика-2005. – М.: Изд-во "Серебряные нити", 2005. – С. 192.

## ДОКЛИНИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ АНТИВИРУСНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

### ДОКЛИНИЧЕСКИЕ ИСПЫТАНИЯ АНТИВИРУСНОЙ АКТИВНОСТИ КОМБИНАЦИИ ПРЕПАРАТОВ ПРИРОДНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ НА МОДЕЛИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ГЕМОРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЛАССА

Н.Л. Богданова, Л.М. Рустамова,  
А.С. Петкевич

ГУ НИИ эпидемиологии и микробиологии,  
г. Минск, республика Беларусь

В конце второго тысячелетия мировая практика в области здравоохранения продемонстрировала бурный рост объемов потребления и ассортимента препаратов на основе природного сырья. В их числе разнообразные лечебные и профилактические препараты на растительной основе нутрицевтики и др. [4].

Актуален вопрос разработки методологических основ использования современных методов терапии. В качестве исходных лечебных факторов (ЛФ) приме-

няются препараты аллопатического, препаратов природного происхождения, содержащих фито-, металло- и органические компоненты.

В настоящее время общим определяющим фактором по проблеме терапии вирусных инфекций является регистрация новых, ранее не диагностируемых заболеваний, что связано с социальными, экономическими факторами, экологическими катастрофами [2].

Кроме того, формируются патогены с измененными свойствами, чему способствует широкое использование противовирусных препаратов, их избыточное и необоснованное назначение, длительное применение.

Среди биологических агентов вирусной природы, наряду с другими актуальными инфекциями, например, такими как грипп, СПИД, SARS, высокую опасность в мире представляют собой возбудители геморрагических лихорадок: аренавирусы (Мачупо, Ласса), филовирусы (Марбург, Эбола) и др. Некото-