

**СОДЕРЖАНИЕ**

Коломиец Н.Д., Ключарева А.А., Романова О.Н., Малевич Ю.К., Тонко О.В., Ханенко О.Н. <b>Болезнь, вызванная вирусом Зика: новая TORCH-инфекция?</b> .....	3
Батян Г.М., Астапов А.А., Василёнок Е.В. <b>Трудности в клинической диагностике системной красной волчанки у детей</b> .....	7
Пронько Н.В., Данилевич Н.А., Рыбак Т.Г. <b>Синдром острой диареи у детей: особенности этиологии, эпидемиологии и клинико-лабораторных проявлений</b> .....	9
Гаврилова О.А., Астапов А.А. <b>Эффективность современных методов диагностики коклюша у детей</b> .....	12
Левончук Е.А., Навроцкий А.Л. <b>Клинический случай дистрофической формы врожденного рецессивного буллезного эпидермолиза</b> .....	14
Рубаник Л.В., Скворцова И.Ю., Полещук Н.Н. <b>Папилломавирусная инфекция уrogenитального тракта и другие патогены (Chlamydia trachomatis, вирусы герпеса, Trichomonas vaginalis) как кофакторы воспаления и триггеры морфологической трансформации клеток</b> .....	17
Романова О.Н. <b>Подходы к лечению хронического гепатита С в зависимости от клинических проявлений</b> .....	22
Сергиенко Е.Н., Труханович С.М. <b>Лайм-боррелиоз у детей: клинико-эпидемиологические особенности, диагностика и эффективность терапии</b> .....	26
Прилуцкая В.А., Сапотницкий А.В., Гончарик А.В., Прилуцкий П.С. <b>Преальбумин в оценке нутритивного статуса маловесных новорожденных</b> .....	28
Гаврилова О.А., Астапов А.А., Артёмчик Т.А., Кашкан А.М. <b>Сложности в клинической диагностике атипичной формы коклюша</b> .....	31
Кузнецов О.Е. <b>Уровень D-димера при беременности</b> .....	32
Розметов И.Р. <b>Алгоритм капсульно-связочной балансировки пателлофemorального сустава при тотальном эндопротезировании коленного сустава</b> .....	33
Полойко Н.А. <b>Особенности оперативного лечения переломов нижней челюсти</b> .....	38

Журнал «Медицинская панорама»  
зарегистрирован в Государственном  
реестре средств массовой информации  
Свидетельство о регистрации № 180  
от 31.03.09 г.

Основан: 1 августа 1998 года.

Учредитель: ООО «ДокторДизайн»

220117, Минск,  
ул. Рафиева, 30, офис 197.  
Тел./факс: (017) 376-88-68  
Тел.: (017) 380-27-65, 380-27-56  
Тел. моб.: (8 029) 662-52-46  
e-mail: doctordesign@mail.ru

Периодичность: 7 номеров в год

**Рецензионный совет:**

Аверин В.И. д.м.н.; Михалевич С.И. д.м.н.;  
Алейникова О.В. д.м.н.; Никифоров А.Н. д.м.н.;  
Антонов И.П. д.м.н.; Панкратов О.В. д.м.н.;  
Белецкий А.В. д.м.н.; Пристром М.С. д.м.н.;  
Беляева Л.М. д.м.н.; Семак А.Е. д.м.н.;  
Бова А.А. д.м.н.; Сидоренко В.Н. д.м.н.;  
Воскресенский С.Л. д.м.н.; Силивончик Н.Н. д.м.н.;  
Данилова Л.И. д.м.н.; Скугаревский О.А. д.м.н.;  
Демидчик Ю.Е. д.м.н.; Смянович А.Ф. д.м.н.;  
Канус И.И. д.м.н.; Строцкий А.В. д.м.н.;  
Карпов И.А. д.м.н.; Сукало А.В. д.м.н.;  
Ключарева А.А. д.м.н.; Тимошенко П.А. д.м.н.;  
Косенко И.А. д.м.н.; Третьяк С.И. д.м.н.;  
Лаптев А.Н. д.м.н.; Тябут Т.Д. д.м.н.;  
Лаптева И.М. к.м.н.; Царев В.П. д.м.н.;  
Ливенцева М.М. к.м.н.; Цыркунов В.М. д.м.н.;  
Лукьянов А.М. д.м.н.; Шанько Ю.Г. д.м.н.;  
Марченко Л.Н. д.м.н.; Шишко Г.А. д.м.н.;  
Машевский А.А. д.м.н.; Яговдик Н.З. д.м.н.

Подписано в печать  
с оригинала-макета 26.02.16.  
Формат 60x90 1/8. Гарнитура «Официна Санс».  
Уч.-изд. л. Усл. печ. л.  
ISSN 2219-0791

Тираж 1000 (первый завод – 500 экз.).  
Заказ № .

Цена номера 36000 рублей.

Отпечатано в ООО «Поликraft».

Лицензия № 02330/466 от 21.04.2014 г.  
г. Минск, ул. Кнорина, 50, корп. 4, к. 401а.

**Редакционная коллегия:**

Бова А.А. д.м.н.;  
Воскресенский С.Л. д.м.н.;  
Канус И.И. д.м.н.;  
Лаптев А.Н. д.м.н.;  
Третьяк С.И. д.м.н.;  
Силивончик Н.Н. д.м.н.;  
Сукало А.В. д.м.н.;  
Царев В.П. д.м.н.;  
Цыркунов В.М. д.м.н.

**Главный редактор:** Малевич Ю.К.

**Редактор:** Кацевич И.В.

**Редактор-корректор:** Бялая Т.М.

**Компьютерная верстка:** Дуганова Т.В.

При перепечатке  
материалов ссылка на журнал  
«Медицинская панорама»  
обязательна

**СОДЕРЖАНИЕ**

Сергиенко Е.Н. <b>Диагностика и терапия острого стенозирующего ларингита и ларинготрахеита у детей .....</b>	<b>43</b>
Ярмолик Е.С., Хворик Д.Ф. <b>Алгоритм лечения тяжелых форм розацеа .....</b>	<b>45</b>
Тищенко Г.В., Цыркунов В.М. <b>Особенности поражения лимфатических узлов туберкулезной и криптококковой инфекциями у ВИЧ-инфицированных пациентов .....</b>	<b>49</b>
Курбат М.Н., Цыркунов В.М., Гуляй И.Э. <b>Антиоксидантная активность альфа-токоферола и убихинона в плазме крови ВИЧ-инфицированных пациентов при назначении антиретровирусных препаратов.....</b>	<b>52</b>
Брынина А.В., Хворик Д.Ф., Лискович Т.Г. <b>Псориаз, ассоциированный с ишемической болезнью сердца: распространенность и клиничко-лабораторная характеристика.....</b>	<b>55</b>
Кроткова Е.Н., Богущкий М.И., Бабаева И.В., Цыркунов В.М. <b>Особенности клещевого энцефалита в Гродненском регионе .....</b>	<b>59</b>

Эта комбинированная терапия позволяет излечить более 90% наивных пациентов, но также и пациентов, не ответивших на тройную терапию с первым поколением протеазных ингибиторов в сочетании с пегилированным интерфероном и рибавирином.

Сейчас невозможно дать оценку всем проводимым в настоящее время исследованиям и степени их эффективности, однако проводимая на протяжении 12–24 недель оральная мультитерапия позволяет излечивать всех пациентов в середине срока протекания заболевания, поскольку:

- они имеют пангенотипную активность;
- отсутствует перекрестная резистентность среди различных классов прямых противовирусных лекарственных препаратов;
- новые лекарственные препараты (третьего поколения) и даже новые целевые препараты находятся на стадии изучения.

Другие противовирусные препараты (например, циклофилиновые ингибиторы) или лечение вакцинацией, вероятно, должны дать ответ на такие нерешенные вопросы, как отсутствие на начальном этапе лечения ответа на первую линию терапии. Совершенствование этих противовирусных препаратов (являющихся специфическими к вирусу гепатита С или к хозяину) приведет к снижению роли интерферона (включая интерферон лямбда, который имеет большую гематологическую безопасность по сравнению с интерфероном альфа) и к прекращению его использования. Тем не менее интерферон может использоваться в дальнейшем как терапия спасения в случае отсутствия ответа после 1–2 линий противовирусной терапии. Для лечения детей пока актуальными являются пегилированные интерфероны с рибавирином.

Таким образом, спустя 24 года после обнаружения вируса гепатита С существует надежда излечения практически всех пациентов. Однако по-прежнему остается целый ряд проблем.

Первая проблема – это тестирование вируса гепатита С. Например, Франция является мировым лидером в плане лечения вируса гепатита С (по оценкам, 60% инфицированных пациентов был установлен диагноз), однако предстоит еще много, сделать в других странах мира, и в особенности в странах Южного полушария, как в плане тестирования, так и в плане обеспечения доступа к лечению. Вторая проблема заключается в улучшении системы здравоохранения в плане обеспеченности большего доступа инфицированных пациентов к лечению. Речь идет, прежде всего, о группах риска (наркоманы, малообеспеченные категории населения, мигранты, заключенные), которые как и раньше имеют ограниченный доступ к диагностированию или лечению, либо по личным мотивам, либо по вине медперсонала или в результате проводимой в стране политики здравоохранения. Однако совершенствование быстрого диагностического тестирования и новых более безопасных и эффективных методов лечения будет способствовать улучшению лечения.

#### Литература

1. Результаты лечения хронического гепатита С пегилированным интерфероном и рибавирином у детей со злокачественными новообразованиями / О.Н. Романова, Н.Д. Коломиец, О.В. Алейникова // *Рецепт*. 2011. № 6. С. 100–107.
2. Хронические вирусные гепатиты у детей со злокачественными новообразованиями / О.Н. Романова, Н.Д. Коломиец, Л.М. Гущина // *Клиническая инфектология и паразитология*. 2013. № 2 (05). С. 129–136.
3. Bacon, B.R., Gordon, S.C., Lawitz, E. et al. Boceprevir for previously treated chronic HCV genotype 1 infection / B.R. Bacon, S.C. Gordon, E. Lawitz [et al.] // *N. Engl. J. Med.* 2011. V. 364. P. 1207–1217.
4. Esteban, J.L., Sauleda, S., Quer, G. The changing epidemiology of hepatitis C virus infection in Europe / J.L. Esteban, S. Sauleda, G. Quer // *J. Hepatol.* 2008. V. 48, № 1. P. 148–162.
5. Gomes, E.V., Rodrigues, Y.S., Bertol, L.C. et al. The natural history of compensated HCV-related cirrhosis: a prospective long-term study / E.V. Gomes, Y.S. Rodrigues, L.C. Bertol [et al.] // *J. Hepatol.* 2013. V. 58. P. 434–444.
6. Hepatitis C Virus Therapy Update 2013 / L.C. Casey, W.M. Lee // *Curr. Opin. Gastroenterol.* 2013. V. 29 (3). P. 243–249.
7. Hezode, C., Fontaine, H., Dorival, C. et al. Effectiveness of telaprevir or boceprevir in treatment-experienced patients with genotype 1 infection and cirrhosis / C. Hezode, H. Fontaine, C. Dorival [et al.] // *Gastroenterol.* 2014. V. 147 (1). P. 132–142.
8. Leroy, V., Serfaty, L., Bourliere, M. et al. Protease inhibitor-based triple therapy in chronic hepatitis C: guideline by the French association for the study of the Liver / V. Leroy, L. Serfaty, M. Bourliere [et al.] // *Liver Int.* 2012. V. 32. P. 1477–1492.
9. Lee, M.H., Yang, H.J., Lu, S.N. et al. Chronic hepatitis C virus infection increases mortality from hepatitis and extrahepatic diseases: a community-based long-term prospective study / M.H. Lee, H.J. Yang, S.N. Lu [et al.] // *J. Infect. Dis.* 2012. V. 206 (4). P. 469–477.
10. Mallet, V., Gilgenkrantz, H., Serpaggi, J. et al. Brief communication: the relationship of regression of cirrhosis to outcome in chronic hepatitis C / V. Mallet, H. Gilgenkrantz, J. Serpaggi [et al.] // *Ann. Intern. Med.* 2008. V. 149 (6). P. 399–403.
11. Muhlberger, N., Schwarzer, R., Lettmeier, B. et al. HCV-related burden of disease in Europe: a systematic assessment of incidence, prevalence, mortality / N. Muhlberger, R. Schwarzer, B. Lettmeier [et al.] // *BMC Public Health*. 2009. V. 9. P. 34.
12. Omland, L.H., Krarup, H., Jespen, P. et al. Mortality in patients with chronic and cleared hepatitis C viral infection: nationwide cohort study / L.H. Omland, H. Krarup, P. Jespen [et al.] // *J. Hepatol.* 2010. V. 53, № 1. P. 36–42.
13. Roomer, R., Hansen, B.E., Janssen, H.I.A. et al. Risk factors for infection during treatment with peginterferon alfa and ribavirin for chronic hepatitis C / R. Roomer, B.E. Hansen, H.I.A. Janssen [et al.] // *Hepatology*. 2010. V. 52. P. 1225–1231.
14. *Shot Guide to Hepatitis C* / S. Mauss, T. Berg, J. Rockstroh [et al.] // Edition. 2001. P. 78–86.
15. Veldt, B.J., Heathcote, E.J., Wedemeyer, H. et al. Sustained virology response and clinical outcomes in patients with chronic hepatitis C and advanced fibrosis / B.J. Veldt, E.J. Heathcote, H. Wedemeyer [et al.] // *Ann. Intern. Med.* 2007. V. 147 (10). P. 677–684.

Дата поступления: 23.02.2016 г.

#### Информация

**Сергиенко Е.Н., Труханович С.М.**

Белорусский государственный медицинский университет;  
Городская детская инфекционная клиническая больница

## Лайм-боррелиоз у детей: клиничко-эпидемиологические особенности, диагностика и эффективность терапии

Боррелиоз Лайма (клещевой боррелиоз, Лайм-боррелиоз) представляет собой инфекционное природно-очаговое заболевание с трансмиссивным путем передачи, вызываемое возбудителем рода *Borrelia*, и проявляется полисистемным характером поражением с преимущественным вовлечением в патологический процесс кожи, нервной системы, опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой системы и характеризуется склонностью к затяжному рецидивирующему течению.

В настоящее время клещевой боррелиоз остается одним из распространенных природно-очаговых заболеваний с трансмиссивным механизмом передачи возбудителя [1, 5].

До открытия возбудителя проявления болезни описывались как отдельные самостоятельные заболевания с неясной этиологией: лимфоцитарный менингоэнцефалит (синдром Баннварта), серозный менингит, хронический артрит, клещевая эритема, лимфоцитоз и т. д.

Впервые сообщения о системном клещевом боррелиозе появились в 1975 г. в США, в штате Коннектикут, городке Лайм. Первые случаи болезни детей и взрослых названы ювенильным ревматоидным артритом. Впоследствии было отмечено появление болезни после укуса клещей и сочетание артрита с мигрирующей кольцевидной эритемой. В 1981 г. ученый В. Бургдорфер доказал боррелиозную этиологию болезни.

Клещевой боррелиоз – болезнь убиквитарная, встречается на всех континентах, кроме Антарктиды [2]. В эндемичных райо-

нах Европы и Америки заболеваемость достигает 500 случаев на 100 тыс. населения; в Австрии, Германии и Словакии – около 100 случаев на 100 тыс. населения [1, 2]. В Республике Беларусь первые сообщения, посвященные новой инфекции, передаваемой иксодовыми клещами, – болезни Лайма – появились в 1993 г. и тогда же начинается изучение природных очагов Лайм-боррелиоза. С 1996 г. клещевой боррелиоз включен в официальный перечень нозологических форм заболеваний, встречающихся в Республике Беларусь. За первые 2 года наблюдений (1996–1997 гг.) в республике зарегистрировано 178 случаев инфекции, при этом показатели заболеваемости продолжают быстро расти, достигнув в 2006 г. 878 случаев, а в 2011 г. – 1071 случая, что составляет 9,14 и 11,27 случая на 100 тыс. населения соответственно. За 20-летний период регистрации Лайм-боррелиоза отмечено 8696 случаев во всех областях республики. Начиная с 1996 по 2012 г. заболеваемость Лайм-боррелиозом в республике возросла более чем в 15 раз (с 0,74 до 11,58 на 100 тыс. населения) [3, 4].

Как известно, основными переносчиками боррелий являются иксодовые клещи. Причем в природных очагах зараженность переносчиков может варьировать в широком диапазоне от 5–10 до 50% (по некоторым данным, до 70–90%). То есть как минимум каждый десятый клещ является источником такой инфекции. Следует также отметить, что в сравнении с взрослыми вероятность заболеть у ребенка намного выше, так как детский организм более восприимчив к инфекции [4, 6].

Клинические проявления заболевания давно известны врачам различных специальностей и подробно изучены врачами-инфекционистами, однако в последнее время причиной обращения пациентов к врачу является не наличие мигрирующей эритемы на месте присасывания клеща, а уже других симптомов болезни, что связано с диссеминацией боррелии в организме. Кроме того, латентное течение болезни на стадии локализованной инфекции нередко приводит к диссеминации возбудителя и назначению антибактериальной терапии уже на поздних сроках заболевания [2].

Следует отметить, что, являясь изначально острой инфекционной патологией, клещевой боррелиоз в последующем, даже на фоне проводимой антибактериальной терапии, склонен к хронизации, с поражением различных органов и систем. Вместе с тем причиной хронизации может быть позднее обращение или необращение за медицинской помощью, если укус клеща остался незамеченным.

Таким образом, актуальность Лайм-боррелиоза обусловлена широкой распространенностью данной инфекции во всем мире, в том числе на территории Республики Беларусь, высокой восприимчивостью детского населения, многообразием клинических форм и полисистемным характером инфекционного процесса, а также вероятностью перехода в хронические формы.

В связи с вышеизложенным целью нашей работы было изучение эпидемиологических данных и клинических проявлений Лайм-боррелиоза с оценкой информативности лабораторной диагностики и эффективности антибактериальной терапии.

### Материалы и методы

В исследование было включено 134 пациента (мальчиков – 69, девочек – 65) с клиническим диагнозом «Лайм-боррелиоз» в возрасте до 17 лет, которые находились под наблюдением в диспансерном кабинете УЗ «Детская инфекционная клиническая больница» г. Минска с 2009 по 2014 г. Постановка диагноза осуществлялась на основании клинико-эпидемиологических данных и лабораторных показателей – определение антител к боррелиям в сыворотке крови пациентов методом иммуноферментного анализа (ИФА) и/или в реакции непрямой иммунофлуоресценции (РНИФ).

### Результаты и их обсуждение

Анализ анамнестических данных позволил установить факт присасывания клеща накануне заболевания в 78% случаев, од-

нако с профилактической целью антибиотики принимали только 45 пациентов (из 105), что составило меньше половины (43%). Этот факт, к сожалению, подтверждает низкую настороженность родителей (возможно, врачей) в отношении риска инфицирования боррелиями при укусе клещом. Анализируя сезонность активности клеща, установлено, что наиболее часто присасывание происходило летом (46%) и весной (34%). Основными локализациями присасывания клеща были: область бедра (24%), ушной раковины (19%), затылочная (18%), подмышечная (17%), подчелюстная область (11%) и кожа туловища (9,5%).

При обращении в диспансерный кабинет УЗ «ГДИКБ» локализованная (I) стадия Лайм-боррелиоза была установлена у 102 пациентов (76%), диссеминированная (II) – у 30 (22%) и хроническая – в 2% случаев. При этом первая стадия регистрировалась у 38 пациентов (37%), получавших антибиотикопрофилактику, и у 64 – не получавших (63%), а вторая – у 6 (20%) и 24 детей (80%) соответственно.

Пациенты с локализованной стадией Лайм-боррелиоза в основном предъявляли жалобы на наличие кольцевидной эритемы в 54% случаев (55 пациентов), региональный лимфаденит (47 пациентов) и лихорадку – в 31%. У 26 детей отмечалась субфебрильная лихорадка, а выше 38 °С – зарегистрирована у 5 человек. Продолжительность лихорадочного периода при субфебрильной температуре не превышала 5 дней, фебрильная температура нормализовалась значительно быстрее – в течение 2–3 дней. Среди других симптомов значительно реже регистрировались слабость, рвота, головная боль, головокружение и боли в мышцах. У 22 пациентов (21,5%) отмечался гриппоподобный синдром: боли в горле при глотании, небольшой сухой кашель, заложенность носа. При изучении органов дыхания патологии не было выявлено. В 5% случаев течение заболевания было латентное (отсутствовали жалобы), поводом для обращения в диспансерный кабинет послужили положительные результаты обследования на Лайм-боррелиоз после укуса клеща. В среднем сроки появления первых клинических симптомов заболевания составили 1 месяц (от 1 до 6 недель).

Среди пациентов на стадии диссеминации в основном регистрировались 2 клинические группы симптомов – поражение нервной (9 пациентов – 30%) и опорно-двигательной (67%) системы, у 1 пациента установлен диагноз «Лайм-боррелиоз» с преимущественным поражением сердца. Хроническая стадия заболевания у 2 пациентов протекала в виде нейроборрелиоза.

Диагностическая ценность лабораторных методов диагностики, которые используются для диагностики Лайм-боррелиоза, различна и зависит от специфики самого теста и применения в определенные стадии заболевания. Как указывалось выше, для диагностики Лайм-боррелиоза у наших пациентов применялись ИФА и/или РНИФ. Серологическая диагностика методом ИФА проведена у 48 пациентов, при этом чувствительность метода составила 54%. Основным же методом диагностики у наших пациентов был серологический метод с определением титра общих антител к *Borrelia burgdorferi* методом РНИФ в сыворотке крови. При этом у пациентов с локализованной стадией (n = 79) заболевания лишь у 71% были обнаружены специфические антитела в диагностических титрах (1:64 и выше), из них у 28% титр был 1:128 и выше, у 6 пациентов (8%) был выявлен сомнительный (1:32) титр антител. Кроме того, у 6 пациентов был отрицательный титр антител, а постановка диагноза у них основывалась на наличии факта укуса клеща и характерного симптома заболевания – кольцевидной эритемы.

Все пациенты получили антибактериальную терапию, при назначении которой руководствовались инструкцией по применению «Технология лечения Лайм-боррелиоза, основанная на применении современных схем антибиотикотерапии» № 043/0506, утвержденной МЗ РБ от 26.06.2006. Анализ эффективности антибактериальной терапии проводился в группе пациентов

с локализованной стадией Лайм-боррелиоза. Наблюдение за пациентами в динамике (через 1–3 месяца) показало, что в 93% случаев наблюдалось выздоровление или положительная динамика: исчезновение клинических симптомов заболевания, уменьшение титров IgG или исчезновение IgM. У 5 пациентов сохранялся уровень титра антител, как до антибиотикотерапии, и у 2 – отмечалось нарастание титров антител, что потребовало назначения второго курса антибактериальной терапии.

Таким образом, проведенное нами исследование позволило выявить следующее:

- низкую настороженность родителей (а может, и врачей) в отношении высокого риска инфицирования боррелиями при укусе клещом, что подтверждается наличием факта присасывания клеща накануне заболевания в 78% случаев и проведением антибиотикопрофилактики всего лишь в 43% случаев;
- максимальная активность клеща отмечается в весенне-летний период, что соответствует литературным данным;
- проведение антибиотикопрофилактики (в 44% случаев), к сожалению, не позволило избежать развития инфекции в последующем. Однако этот факт требует дальнейшего более детального изучения, так как возможно, что сроки назначения, длительность или дозы антибиотикопрофилактики были неадекватны;
- появление кольцевидной эритемы в период локализованной инфекции как основного симптома заболевания зарегистрировано всего лишь в 54% случаев. Отсутствие данного симптома в 46% случаев затрудняет клиническую диагностику заболевания, особенно при неустановленных эпидемиологических данных (посещение лесопарковых зон, укус клеща);
- при диссеминации патологического процесса при Лайм-боррелиозе отмечается преимущественное поражение нервной и опорно-двигательной системы;
- результаты серологического исследования не всегда являются информативными для диагностики Лайм-боррелиоза, что особенно важно при латентных формах. Это диктует необходимость шире использовать современные методы экспресс-диагностики, в том числе ПЦР;
- у пациентов с локализованной стадией Лайм-боррелиоза в большинстве случаев (93%) отмечается хорошая эффективность (клиническая и лабораторная) антибактериальной терапии, что, безусловно, зависит во многом от своевременности ее назначения.

Таким образом, литературные данные и результаты собственных наблюдений подтверждают тот факт, что в настоящее время клещевой боррелиоз имеет значительный вес в структуре инфекционной заболеваемости и требуется дальнейшее изучение проблемы с целью усовершенствования диагностики и антибиотикопрофилактики.

### Литература

1. Клинические особенности клещевых боррелиозов у детей / И.В. Куимова [и др.] // *Лечащий врач*. 2014. № 3. С. 56–61.
2. Клинические особенности локализованной стадии клещевого боррелиоза (Болезни Лайма) / Н.Г. Белобородов [и др.] // *Земский врач*. 2013. № 3 (20). С. 32–35.
3. Природные очаги болезни Лайма в Беларуси / Н.М. Трофимов [и др.] // *Здравоохранение*. 2000. № 1. С. 20–22.
4. Природно-очаговые инфекции белорусского Полесья / Л.С. Цвирко [и др.] // *Современные проблемы инфекционной патологии человека: сб. научн. трудов*. Минск: Нац. мед. библиотека, 2012. Вып. 5. С. 83–88.
5. Проблемы Лайм-боррелиоза в практике педиатра / Е.Н. Лужинская [и др.] // *Молодой ученый*. 2013. № 11. С. 214–216.
6. Lyme disease – current state of knowledge / R. Nau [et al.] // *Dtsch. Arztebl Int*. 2009. V. 106 (5). P. 72–81.

Дата поступления: 04.01.2016 г.

Научная публикация

Прилуцкая В.А., Сапотницкий А.В.,  
Гончарик А.В., Прилуцкий П.С.

Белорусский государственный медицинский университет

## Преальбумин в оценке нутритивного статуса маловесных новорожденных

### Резюме

статье представлены обзор литературы и результаты собственного анализа содержания преальбумина (транстиретина) сыворотки крови у маловесных новорожденных детей в динамике неонатального периода. Не выявлена зависимость уровня преальбумина от пола детей и массы тела при рождении. Установлены достоверно более низкая концентрация преальбумина у маловесных новорожденных и прогностическая значимость определения изученного протеина для характеристики нутритивного статуса.

**Ключевые слова:** преальбумин, С-реактивный белок, новорожденные, маловесные к сроку гестации.

**Prilutskaya V.A., Sapotnitski A.V., Goncharik A.V., Prilutski P.S.**  
**The role of prealbumin in estimation of small for gestational age newborns' nutritional status**

### Abstract

The article presents a literature review and the results of our own analysis of the prealbumin (transthyretin) levels in small for gestational age (SGA) newborns' serum in the dynamics during neonatal period. There wasn't found any dependence between prealbumin level and gender of children or birth weight. It was investigated significantly lower concentration of prealbumin in low birth weight infants' serum and that the determination of its levels has the predictive value for nutritional status characteristics.

**Key words:** prealbumin, C-reactive protein, newborns, small for gestational age (SGA).

В настоящее время нутрициология как самостоятельная отрасль медицины во всем мире переживает бурное развитие, обусловленное внедрением новых технологий и открытий фундаментальной медицины и биологии. К важнейшим биохимическим показателям нутритивного статуса человека традиционно относят маркеры, характеризующие уровень белков организма: сывороточный альбумин, преальбумин (транстиретин) и трансферрин (табл. 1).

Таблица 1

**Характеристика основных протеинов крови, используемых в качестве маркеров нутритивного статуса организма [1]**

Протеин	Молекулярная масса, кД	Время полураспада, сут.	Диапазон значений
Альбумин	65,000	20	33–48 г/л
Трансферрин	76,000	8–10	0,16–0,36 г/л
Преальбумин	54,980	1–2	0,16–0,38 г/л (160–380 мг/л)

В последние годы возрос интерес к изучению потенциальной клинической значимости преальбумина (транстиретина) в оценке питания пациентов и при мониторинге нутритивной поддержки [2, 3]. На сегодняшний день транстиретин является одним из наиболее широко исследованных маркеров у взрослых пациентов [4–6]. Преальбумин – белок, синтезирующийся в печени и метаболизирующийся преимущественно в почках, период полу-