

4. Small intestinal bacterial overgrowth: diagnosis and treatment / A. Gasbarrini, E.C. Lauritano, M. Gabrielli [et al.] // Dig. Dis. – 2007. – Vol. 25. – P. 237–240.

5. Small intestinal bacterial overgrowth syndrome / J. Bures, J. Cyraný, D. Kohoutová [et al.] // World J. Gastroenterol. – 2010. – Vol. 16, N 24. – P. 2978–2990.

ВЛИЯНИЕ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ НА ИЗБЫТОЧНЫЙ БАКТЕРИАЛЬНЫЙ РОСТ В ТОНКОЙ КИШКЕ

И.А. Пасична

Резюме. Изучено влияние антибиотикотерапии на бактериальную популяцию тонкой кишки у больных Лайм-боррелиозом. Установлено, что избыточный бактериальный рост в тонкой кишке довольно распространенное явление и может часто встречаться при отсутствии клинической симптоматики поражения кишечника. Выявлено, что через 3 месяца от начала стандартной терапии доксициклином избыточный бактериальный рост наблюдается у 66,7% пациентов и сопровождается появлением симптоматики поражения тонкой кишки в 41,7% обследованных больных.

Ключевые слова: синдром избыточного бактериального роста, тонкая кишка, антибиотики, дисбактериоз.

INFLUENCE ANTIBIOTIC TREATMENT TO SMALL INTESTINAL BACTERIAL OVERGROWTH

I.A. Pasichna

Summary. This study examined an influence of antibacterial therapy on bacterial flora of intestine in patients with Lyme-borreliosis. It was established that small intestinal bacterial overgrowth was common enough and could occur in the absence of clinical manifestations of small intestine impairment. We revealed that in 3 months of standard treatment with doxycycline bacterial overgrowth was present in 66,7% of patients. It was accompanied by clinical manifestations of small intestinal damage in 41,7% examined patients.

Key words: small intestinal bacterial overgrowth syndrome, small bowel, antibiotics, dysbiosis.

УДК 616.36-002-022.7:578.891]-085.281:616.36-003.826

ВПЛИВ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ НА ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОТИВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ ХРОНІЧНИМ ГЕПАТИТОМ С

Х.О. Пронюк

Резюме. В даному дослідженні була проведена оцінка ефективності специфічної противірусної терапії у пацієнтів із ХГС в залежності від наявності суттєвої неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП) та факторів її виникнення. Встановлено, що НАЖХП являється негативним предиктором досягнення вірусологічної, а також біохімічної відповіді лише за наявності метаболічних факторів ризику. В той час, як вірус-індукована НАЖХП не впливає на ефективність ПВТ.

Хронічна ВГС-інфекція являє собою актуальну проблему сучасної медицини. Згідно даних останніх досліджень протягом наступних 20 років щорічна смертність від ВГС – інфекції виросте на 150–200% [1, 2]. На даному етапі ряд співіснуючих вірусних факторів та факторів пацієнта розглядаються, як такі, що можуть впливати на прогресування захворювання та ефективність проведення специфічної протівірусної терапії [3, 4, 5].

Протягом останніх років все більший інтерес привертає до себе наявність стеатозу печінки у пацієнтів з хронічним гепатитом С. За даними різних авторів жирова дистрофія гепатоцитів наявна у 35 до 80% інфікованих пацієнтів [6–9]. Дана асоціація видається залежною від факторів пацієнта та безпосереднього вірусного впливу, оскільки ВГС може втручатись в обмінні процеси ліпідів в гепатоцитах, а також обумовлювати розвиток інсулінорезистентності та стеатозу незалежно від метаболічних факторів ризику [7, 10].

Прогноз розвитку захворювання при наявності поєднаної патології, хронічного гепатиту С (ХГС) та неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП), вивчений недостатньо, в першу чергу це стосується різних форм стеатозу печінки (СП) у пацієнтів із ХГС. Нез'ясованим залишається питання впливу поєднаної НАЖХП на ефективність протівірусної терапії (ПВТ).

Мета роботи – оцінити вплив поєднаної НАЖХП на ефективність ПВТ у пацієнтів із ХГС.

Матеріали та методи

Під спостереженням було 126 хворих на ХГС. Серед всіх обстежених пацієнтів чоловіків було 78 (61,9%), жінок 48 (38,1%). Вік всіх обстежених хворих коливався від 23 до 63 років, середній вік склав 36,5 роки (НК=30, ВК=43,25 роки). Діагностика НАЖХП у пацієнтів із ХГС базувалась на виявленні ознак стеатозу печінки за даними комплексного УЗД. У всіх пацієнтів, що увійшли у дослідження, шляхом ретельного збору анамнезу життя, був виключений прийом алкоголю в гепатотоксичних дозах. Наявність метаболічних факторів ризику розвитку НАЖХП оцінювались відповідно до критеріїв метаболічного синдрому (МС). В залежності від наявності стеатозу печінки за даними УЗД, а також наявності метаболічних факторів ризику, всі пацієнти із ХГС були розподілені на групи наступним чином: I-A – 48 пацієнтів із ХГС, поєднаним СП та наявністю метаболічних факторів ризику розвитку НАЖХП; I-B – 46 пацієнтів із ХГС та поєднаним СП без метаболічних факторів ризику; II група (група порівняння) – 32 пацієнтів із ХГС без ознак стеатозу печінки за даними УЗД. Серед всіх пацієнтів, що

увійшли у дослідження, специфічну ПВТ препаратами пегельованого інтерферону та рибавіріну пройшли 58 пацієнтів. При розподілі пацієнтів по групах в залежності від наявності СП та факторів його виникнення, серед хворих I A групи курс ПВТ пройшли 18 (37,5%) хворих, в I B групі – 25 хворих (54,3%), в II групі – 15 (46,8%) пацієнтів.

Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз ефективності ПВТ серед всіх 58 пролікованих пацієнтів встановив досягнення швидкої вірусологічної відповіді (ШВВ) у 27 (46,6%) хворих, ранньої вірусологічної відповіді (РВВ) – у 19 (32,8%), уповільненої вірусологічної відповіді (УВВ) – у 6 (10,3%), безпосередньої вірусологічної відповіді (БВВ) – у 47 (81,0%) та стійкої вірусологічної відповіді (СВВ) – у 44 (75,8%) пацієнтів. Ефективність ПВТ із частотою досягнення вірусологічної відповіді у хворих на ХГС в залежності від генотипу ВГС наведені у таблиці 1.

Таблиця 1

Ефективність ПВТ у хворих на ХГС залежно від генотипу ВГС

Вірусологічна відповідь	Загальна (n=58)		I генотип (n=21)		3 генотип (n=37)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Швидка	27	47,6	3	14,3	25	67,6
Рання	19	32,8	9	42,9	10	27,0
Уповільнена	6	10,3	5	23,8	1	2,7
БВВ	47	81,0	14	66,6	33	89,2
СВВ	44	75,8	12	57,1	32	86,5

Проведений аналіз ефективності стандартної ПВТ в залежності від наявності СП та факторів його виникнення встановив, що рання елімінація вірусу частіше виявлялась у хворих I B та II групи в порівнянні із пацієнтами I A групи, в яких СП розвивався на фоні метаболічних факторів ризику, хоча й різниця між групами була не достовірною, що обумовлено малою кількістю пацієнтів у групах. Так, швидка вірусологічна відповідь (ШВВ) серед хворих I A групи виявлялась рідше на 37,8% та 31,1% в порівнянні із хворими I B та II групи відповідно, та була досягнута лише у 4 (22,2%) хворих I A групи, в той час, як серед хворих I B групи – виявлялась у 15 (60%) хворих та у 8 (53,5%) хворих II групи. Натомість серед хворих I A групи частіше, в порівнянні із хворими як I B так і II групи, реєструвалось досягнення уповільненої вірусологічної відповіді (УВВ): у 3 (16,6%) хворих I A групи, в той час як у хворих I B та II групи частота досягнення УВВ становила 8% (2 з 25 хворих) та 6,6% (1 з 15 хворих) (рис. 1).

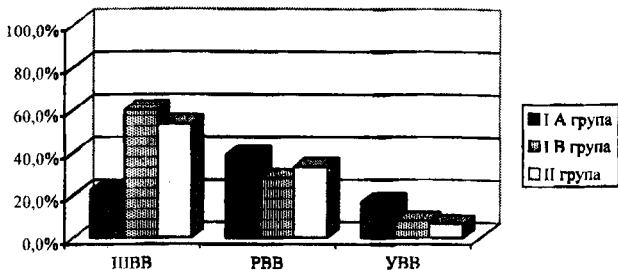


Рис. 1. Частота досягнення ШВВ, РВВ та УВВ у хворих ХГС залежно від наявності СП та факторів його розвитку.

Встановлено, що найнижча частота досягнення стійкої вірусологічної відповіді визначалась серед хворих I A групи із супутнім СП за наявності метаболічних факторів ризику розвитку НАЖХП ($p < 0,01$). В той час, як частота досягнення СВВ серед хворих, як I B групи, із супутнім вірус-індукованим СП, так і II групи, була достовірно вищою, в порівнянні із I A групою, та становила відповідно 88,0% та 93,3% проти 44,4% ($p < 0,01$) (рис. 2.).



Рис. 2. Розподіл хворих, що досягнули СВВ залежно від наявності СП та факторів його виникнення.

Таким чином, ефективність ПВТ була нижчою серед пацієнтів I A групи, із супутнім СП за наявності метаболічних факторів ризику; серед пацієнтів даної групи спостерігалась тенденція до пізнішого зникнення вірусу в ході ПВТ, рідше досягалась СВВ.

При проведенні аналізу досягнення біохімічної відповіді було встановлено, що нормалізація активності трансаміназ також була найнижчою серед хворих I A, в той час, як частота досягнення біохімічної відповіді пацієнтів

ентами I В та II групи фактично не відрізнялась між собою, та була достовірно вищою в порівнянні із хворими I А групи. Так, біохімічна відповідь, що оцінювалась через 24 тиж. по завершенні курсу ПВТ реєструвалась лише у 6 (33,3%) хворих I А групи, в той час, як серед пацієнтів I В та II дослідної групи частота досягнення біохімічної відповіді була достовірно вищою та реєструвалась у 23 (92,0%) ($p < 0,001$) та 14 (93,3%) ($p = 0,002$) хворих відповідно (рис. 3.)



Рис. 3. Частота досягнення біохімічної відповіді при проведенні ПВТ залежно від наявності СП та факторів його виникнення.

Таким чином НАЖХП у хворих ХГС, що розвивається на фоні метаболічних факторів ризику негативно впливає не лише на досягнення вірусологічної відповіді, але й досягнення біохімічної відповіді, що ймовірно обумовлено більш глибоким ураженням печінкових клітин внаслідок впливу декількох пошкоджуючи факторів.

Також нами була проведена оцінка вираженості стеатозу печінки серед пацієнтів I А та I В групи до терапії та після досягнення СВВ. Встановлено, що регрес СП при досягненні СВВ достовірно частіше спостерігався серед пацієнтів I В групи ($p < 0,001$). В той час, як серед хворих I А групи, із наявними метаболічними факторами ризику, успішна ПВТ не призводила до зворотного розвитку СП. Так, серед пацієнтів I В групи досягнення СВВ

супроводжувалось повним зникненням ознак СП, за даними УЗД, у 13 (61,9%) та зменшення вираженості, хоча б на 1 ступінь, у 6 (28,6%) пацієнтів, лише у 2 (9,5%) хворих вираженість СП залишилась без змін, наростання ознак стеатозу печінки не виявлено у жодного хворого даної групи. В той час, як серед пацієнтів I A групи зменшення вираженості СП реєструвалось лише у 1 (11,1%) пацієнта, у 7 (77,8%) хворих СП залишався на попередньому рівні, а у 1 (11,1%) було відмічено наростання вираженості СП (рис. 4). Отже, покращення у вираженості СП спостерігалось у 90,5% хворих I B групи проти 11,1% хворих I A групи ($p < 0,001$).

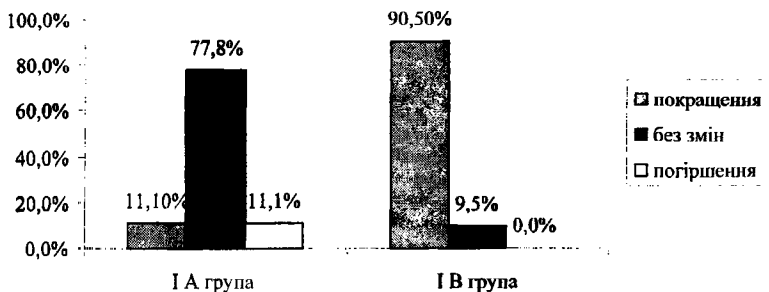


Рис. 4. Динаміка вираженості СП при досягненні СВВ серед пацієнтів I A та I B групи.

Таким чином результати нашого дослідження вказують на наявність взаємозв'язку між динамікою СП та ерадикацією вірусу після ефективної ПВТ у пацієнтів I B групи, в яких метаболічні фактори ризику розвитку НАЖХП були відсутніми. Зменшення вираженості та/або повне зникнення ознак СП серед хворих I B групи підтверджує ймовірний прямий вплив ВГС на формування СП у даної категорії пацієнтів. В той же час, відсутність зменшення ознак СП у 88,9% пацієнтів I A групи вказує на домінування метаболічних факторів ризику розвитку НАЖХП у хворих даної групи.

Висновки

Враховуючи все вище означене, можна зробити заключення про необхідність виявлення НАЖХП, а також факторів її виникнення у кожного конкретного хворого ХГС, оскільки оцінка форми стеатозу печінки є важливою для прогнозу ефективності ПВТ. Оскільки, супутня НАЖХП у хворих ХГС являється несприятливою прогностичною ознакою при проведенні ПВТ лише за наявності метаболічних факторів ризику. Тоді як вірус-індукований СП не впливає на ефективність ПВТ.

1. The past incidence of hepatitis C virus infection: implications for the future burden of chronic liver disease in the United States. / G. Armstrong, M. Alter, G. McQuillan, H. Margolis // *Hepatology*. – 2000. – № 31. – PP. 777–782.
2. Harris H. Clinical course of hepatitis C virus during the first decade of infection: cohort study / H. Harris // *BMJ*. – 2002. – Vol. 324. – P. 450–453.
3. Seeff L. Natural history of chronic hepatitis C / L. Seeff // *Hepatology*. – 2002. – Vol. 36 (5). – P. s35–s46.
4. Marcellin P. Fibrosis and disease progression in hepatitis C / P. Marcellin, T. Asselah, N. Boyer // *Hepatology*. – 2002. – vol. 36 (5). – pp. S47–S56.
5. High body mass index is an independent risk factor for nonresponse to antiviral treatment in chronic hepatitis C / L. Bressler, M. Guindi, G. Tomlinson, J. Heathcote // *Hepatology*. – 2003. – vol. 38 (3). – PP. 639–644.
6. Bjornsson E. Hepatitis C and steatosis / E. Bjornsson, P. Angulo // *Arch Med Res*. – 2007. – 38(6). – PP. 621–627.
7. Bondini S. Non-alcoholic fatty liver disease and hepatitis C infection / S. Bondini, Z. Younossi // *Minerva Gastroenterol. Dietol*. – 2006. – vol. 52(2). – PP. 135–143.
8. Lonardo A. Steatosis and hepatitis C virus: mechanisms and significance for hepatic and extrahepatic disease / A. Lonardo, L. Adinolfi, P. Loria [et al.] // *Gastroenterology*. – 2004. – Vol. 126(2). – PP. 586–597.
9. Yoon E. Hepatitis C virus infection and hepatic steatosis / E. Yoon, K–Q. Hu // *Int J Med Sci*. – 2006. – vol. 3(2). – PP. 53–56.
10. Hezode C. Different mechanisms of steatosis in hepatitis C virus genotypes 1 and 3 infections / C. Hezode, F. Roudot–Thoraval, E. Zafrani [et al.] // *J Viral Hepat*. – 2004. – Vol. 11. – PP. 455–458.

ВЛИЯНИЕ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С

К.Е. Пронюк

Резюме. В исследовании была проведена оценка эффективности противовирусной терапии у больных хроническим гепатитом С в зависимости от наличия неалкогольной жировой болезни печени и факторов ее возникновения. Определено что НАЖБП является негативным предиктором вирусологического и биохимического ответа только при наличии метаболических факторов риска. В то время как вирус-индуцированная НАЖБП не влияет на эффективность ПВТ.

Ключевые слова: хронический гепатит С, неалкогольная жировая болезнь печени, противовирусная терапия.

INFLUENCE OF NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE ON EFFICACY OF ANTIVIRAL TREATMENT IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS C

К.О. Pronyuk

Summary. The goal of the study was to evaluate the influence of non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) on efficacy of antiviral treatment in patients with chronic hepatitis C depending on it's risk factors. Was evaluated that NAFLD is a negative predictor of virological

and biochemical response only if metabolic risk factors are present. While virus-related NAFLD do not influence efficacy of antiviral treatment.

Key words: *chronic hepatitis C, non-alcoholic fatty liver disease, antiviral treatment.*

УДК 614.2:355.1(477)

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ РОЗРОБКИ ТА ВПРОВАДЖЕННЯ МЕДИКО-ОРГАНІЗАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ ЩОДО МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ

Г.С. Рожков, С.О. Моргун, О.Г. Смірнов

Резюме. Стаття присвячена проблемі наукового обґрунтування, розробки та впровадження медико-організаційних заходів щодо медичного забезпечення військовослужбовців Збройних сил України. З цією метою проаналізована організаційно-штатна структура Військово-медичного департаменту Міністерства оборони України залежно від військового адміністративно-територіального розподілу території України.

Ключові слова: *медичне забезпечення військовослужбовців, військово-медичний клінічний центр, штатний розклад.*

Питанням побудови, розвитку та оптимізації медичного забезпечення присвячена низка робіт вітчизняних і зарубіжних фахівців [1–4].

Якість, доступність та ефективність медичної допомоги залежать від забезпеченості населення, в тому числі військовослужбовців медичним персоналом та його кваліфікації, тому питанням кадрового потенціалу придатиметься певна увага [5, 6].

Незважаючи на значний інтерес до проблеми розробки та удосконалення медико-організаційних заходів, комплексних досліджень на цю тему вочевидь недостатньо. Зазначеній проблемі присвячені нечисленні наукові дослідження вітчизняних фахівців [1–4]. Наукові пошуки були спрямовані, як правило, на розв'язання проблем надання стаціонарної медичної допомоги хворим (населенню і військовослужбовцям) в межах окремих міністерств і відомств без урахування завдань держави та особливостей адміністративно-територіального та військового розподілу території України. Ряд медико-організаційних заходів, які проводились у ЗС України призвели до переважного розвитку госпітальної ланки медичної служби.

Становлення та формування Збройних Сил на нових засадах, зміна їх структури та функцій потребують наукового обґрунтування медико-організаційних заходів профілактики захворюваності військовослужбовців ЗС України.