

## ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ КОІНФЕКЦІЇ ВІЛ ТА ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ С

Е.С. Мамедова

*КЛ №5, Міський центр профілактики та боротьби зі СНІДом, м. Київ*

**Резюме:** в статті висвітлені питання поєданого перебігу хронічного гепатиту С та ВІЛ-інфекції і визначено наступні особливості: у хворих на коінфекцію частіше зустрічалися зниження індексу маси тіла, прояви бронхолегеневого синдрому, різна супутня патологія з боку травного тракту, а також зміни емоціональної сфери, що може бути пов'язано із дією самих вірусів, а також впливом токсичних факторів, насамперед, вживання наркотичних речовин.

**Ключові слова:** ВІЛ-інфекція, хронічний гепатит С, коінфекція.

Досить актуальним на теперішній час є коінфекція ВІЛ та вірусних гепатитів, особливо гепатиту С. [1] Антиретровірусна терапія (АРТ) та застосування комбінації декількох антиретровірусних препаратів призводить до значного зниження частоти захворюваності та смертності від ВІЛ. Але натепер нові комбінації інфекцій, наприклад, коінфекція з гепатитом С, стають все більше впливати на якість життя хворих, наслідки хвороби та загальну летальність. [2,3] Також коінфекція має свої особливості клінічного перебігу, вивчення яких має велике практичне значення.

Метою нашої роботи було вивчення особливостей клінічного перебігу ВГС та ВІЛ.

**Матеріали та їх обговорення.** Дослідження проводилось на базі Міського центру профілактики та боротьби зі СНІДом та на кафедрі інфекційних хвороб Національного медичного університету імені О.О. Богомольця.

Проведено аналіз клінічних даних 145 хворих з хронічним гепатитом С: з моноінфекцією ХГС - 34 хворих (контрольна група) та 111 пацієнтів із коінфекцією ХГС/ВІЛ.

У хворих із ХГС та поєданою ВІЛ-інфекцією клінічні прояви захворювання реєструвалися частіше ( $p < 0,05$ ) в порівнянні із пацієнтами з моноінфекцією ХГС. Висока частота виявлення скарг та клінічних проявів захворювання, особливо що стосується пацієнтів із моноінфекцією ХГС, в нашому дослідженні може бути обумовлена тим, що більшість хворих знаходились на стаціонарному лікуванні. Частота та характер виявлення клінічних проявів захворювання серед пацієнтів із моноінфекцією ХГС та коінфекцією ХГС/ВІЛ представлені в таблиці 1.

Таблиця 1

**Порівняльна характеристика клінічних проявів у хворих на ХГС та в поєднанні із ВІЛ-інфекцією**

Ознака	ХГС/ВІЛ n=111	ХГС n=34
Астено-вегетативний синдром	92 (82,9%)	21 (61,8%)
Больовий синдром	45 (40,5%)	9 (23,7%)
Лімфаденопатія	95 (85,6%)	6 (7,6%)
Шкірні прояви	36 (32,4%)	5 (14,7%)
Бронхо-легеневий синдром	32 (28,8%)	1 (2,9%)
Артралгії	13 (11,7%)	3 (8,8%)
Порушення випорожнень	32 (28,8%)	2 (5,9%)
Зниження маси тіла	27 (24,3%)	4 (11,7%)

При оцінці характеру супутньої патології встановлено більшу частоту виявлення, серед хворих з ко-інфекцією ХГС/ВІЛ в порівнянні із пацієнтами з моноінфекцією хронічного холециститу, хронічного панкреатиту (за даними УЗД), гастродуоденіту, що ймовірно обумовлено більш глибокими порушеннями дієти, прийомом алкогольних речовин серед хворих даної групи.

Характер супутньої патології ШКТ у обстежених хворих на ХГС наведений у наступній таблиці (таблиці 2).

Пацієнти із поєднаною ХГС/ВІЛ інфекцією характеризувались нижчою масою тіла, в порівнянні із ХГС моноінфікованими хворими, так середні значення індексу маси тіла у групі ко-інфікованих становили 24,8 кг/м<sup>2</sup> та 26,7 кг/м<sup>2</sup> у групі з моноінфекцією.

Таблиця 2

**Характер супутньої патології ШКТ у хворих на ХГС**

Супутня патологія ШКТ	ХГС/ВІЛ n=111		ХГС n=34	
	Абс.	%	Абс.	%
Хронічний холецистит	27	24,3	6	17,6
Гастродуоденіт	38	34,2	2	5,8
Хронічний панкреатит	35	31,5	6	17,6

В обох групах домінували прояви астеновегетативного та диспепсичного характеру. Диспептичний синдром визначався у 85 (76,6%) хворих із ХГС та поєднаною ВІЛ-інфекцією, на противагу 12 (35,3%) хворим із моноінфекцією

ХГС. Вираженість диспепсичного синдрому була вищою у пацієнтів із ко-інфекцією, так серед пацієнтів даної групи незначно виражений диспепсичний синдром реєструвався у 34 (40,0%) пацієнтів, помірно виражений – у 48 (56,8%), виражений – у 3 (3,5%) пацієнтів. В той час, як у пацієнтів із моноінфекцією ХГС, переважав незначно виражений диспепсичний синдром – у 20 (58,8%), помірно виражений визначався у 14 (41,2%) пацієнтів, виражений диспепсичний синдром не реєструвався у жодного пацієнта даної групи.

Також відмічалась різниця в прояві больового синдрому в животі. На тяжкість та болі в області правого підребер'я та епігастральній ділянці скаржилось 45 (40,5%) пацієнтів із коінфекцією та 9 (23,7%) пацієнтів із моноінфекцією ХГС.

Астеновегетативний синдром також частіше зустрічався серед пацієнтів із ко-інфекцією ВІЛ/ХГС в порівнянні з моноінфікованими пацієнтами: у 92 (82,9%) хворих та у 21 (61,8%) відповідно. Серед пацієнтів із ко-інфекцією превалював помірної вираженості астеновегетативний синдром – у 54 (58,7%) хворого, в той час, як серед моноінфікованих пацієнтів переважав незначно виражений астеновегетативний синдром – у 14 (66,7%) хворих.

Клінічні загострення в анамнезі також частіше визначались серед пацієнтів з ко-інфекцією – у 24 (21,6%) хворих, проти – 4 (11,7%) моноінфікованих хворих, однак їх частота серед ко-інфікованих хворих може бути пов'язана як із перебігом ХГС, так із більшою частотою супутньої патології. Зміни емоційної сфери, у вигляді емоційної лабільності, депресивних розладів виявлялись у 25 (22,5%) ко-інфікованих хворих, проти 4 (11,7%) моноінфікованих пацієнтів.

**Висновки:** у хворих на коінфекцію частіше зустрічалась не тільки різна супутня патологія з боку травного тракту, а також і зміни емоціональної сфери, що може бути пов'язано із дією самих вірусів, а також впливом токсичних факторів, насамперед, вживання наркотичних речовин.

#### **Література**

1. Alter M. J. Epidemiology of viral hepatitis and HIV co-infection. //J. Hepatol - 2006,-N 44 (1 Suppl.)- P. 6-9.
2. Anderson K.B., Guest J.L., Kimland D. Hepatitis C virus coinfection increases mortality in HIV-infected patients in the highly active antiretroviral therapy era: data from the HIV Atlanta VA Cohort Study//Clin. Infect. Dis.— 2004.—Vol. 39— P. 1507-1513.
3. Rockstrah J., Konopnicki D., Soriano V. et al. Hepatitis B and hepatitis C in EuroSIDA cohort: prevalence and effect on mortality, AIDS progression and response to HAART. Presented at: 11th Conference on Retroviruses and opportunistic infections. San Francisco, Calif; February 8—11.— 2004,— Abstract 799.

**Резюме:** в статье освещены вопросы сочетанного течения хронического гепатита С и ВИЧ-инфекции и определены следующие особенности: у пациентов с коинфекцией чаще встречаются снижения индекса массы тела, проявления

бронхолегочного синдрома, различная сопутствующая патология со стороны пищеварительной системы, а также изменения эмоциональной сферы, что может быть связано с действием как самих вирусов, так и влиянием токсических факторов, в первую очередь, наркотических веществ.

**Ключевые слова:** ВИЧ-инфекция, хронический гепатит С, коинфекция.

**Summary.** Article presents information about peculiarities of clinical course of HIV/HCV coinfection; next features were identified: patients with coinfection more often presents with clinical manifestation of decreased body mass index, bronchoobstructive syndrome, different pathology of gastrointestinal tract and changes of emotional sphere. These changes can be caused both by viruses themselves and by toxic factors such as intravenous drugs.

**Keywords:** HIV infection, chronic hepatitis C, coinfection.

УДК 615.468:616-001.4

## ТРАДИЦИОННЫЕ И СОВРЕМЕННЫЕ РАНЕВЫЕ ПОВЯЗКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ РАН

Р.М. Михайлусов

*Харьковская медицинская академия последипломного образования*

**Резюме.** В статье представлен обзор традиционных и современных повязок, применяемых для лечения длительно незаживающих ран. Перечислены современные требования, предъявляемые к раневым повязкам. Проанализированы показания, противопоказания и перспективы их применения.

**Ключевые слова:** раневые повязки, длительно незаживающие раны.

**Введение.** Вопросы лечения длительно незаживающих ран, трофических и диабетических язв человечеству приходится решать с момента своего возникновения. Несмотря на значительный успех в исследовании этиологии, патофизиологии, биохимии, морфогенеза и иммунологии раневого процесса, проблема лечения длительно незаживающих ран и язв остаётся одной из важнейших задач современной хирургии [1–3, 9, 20, 23]. Особенно актуально стоит проблема лечения таких повреждений у пациентов с сахарным диабетом, хронической венозной недостаточностью, облитерирующими заболеваниями сосудов, иммунодефицитами [10, 11, 13, 23]. Огромное разнообразие предложенных способов, методов и систем лечения ран, их комбинаций и модификаций можно условно разделить на три основные группы – физические, химические и биологические. Способ лечения ран под повязкой может включать в себя воздействие на все эти группы, как по отдельности, так и в различных сочетаниях, путём нанесения на повязку компонентов обладающих физическим, химическим и биологическим действием. Этот способ является одним из древнейших и остаётся наиболее распространённым в практической хирургии до настоящего времени. Лечение ран под повязкой выгодно экономически, применимо в любых условиях, привлекает своей доступностью и простотой [10, 19].

Исторически применение повязки способствовало предупреждению попадания инфекции в рану, остановке кровотечения, абсорбции раневого