

би. - 2010. - №1(59). - С. 23-25.
 Інфекції та вагітність: практ. посібник / [Венцівський Б.М., Заболотна А.В., Зелінський О.О., Сенчук А.Я]. - ОКФА, Одеса, 2007. - 362 с.
 Можливість використання інтегральних гематологічних показників для діагностики негоспітальної пневмонії у

хворих на гострі респіраторні захворювання /В.М.Козько, О.І.Могилець, Т.О.Соломенник [та ін.] // Інфекційні хвороби. - 2010. - №1(59). - С. 26-27.
 Орджоникідзе Н.В. Современный алгоритм обследования женщин с вирусной и/или бактериальной инфекци-

ей до и в период беременности / Н.В.Орджоникідзе //Акуш. и гинек. - 2002. - №5. - С. 59-61.
 Epidemiological characteristics of pandemic influenza H1N1 2009 and seasonal influenza infection /H.A.Kelly, K.A.Grant, S.Williams [et al.] //MJA. - 2009. - Vol. 191. - P. 146-149.

Шпак И.В.

ОСОБЕННОСТИ GESTАЦИОННОГО ПРОЦЕССА В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ У ЖЕНЩИН, КОТОРЫЕ ПЕРЕНЕСЛИ ГРИПП А/Н1N1

Резюме. *Обследовано 24 беременных, которые перенесли грипп А/Н1N1 в первом триместре беременности и 48 беременных - во время предконцепционного периода. Ранний токсикоз в срок 4 - 7 недель диагностировано у 30,0 % женщин группы I и у 16,7% группы II, в сроке 8 - 10 недель (фетогенез) - у 56,7% и у 36,7%, в срок 11-12 недель беременности (период плацентации) - у 56,7% и у 43,3% соответственно. Угроза прерывания беременности в I-м триместре диагностирована у 83,3% женщин группы I и у 75% группы II, частичная отслойка хориона - у 26,7% и 13,3%. В группах I, II локализация плодового яйца в нижних отделах матки составила 43,3%; 33,3% соответственно. Признаки кольпита выявлены у 70,0% и 66,7% беременных групп I, II. Дисплазия эпителия шейки матки диагностирована у 66,7% и 63,3% наблюдений. Воспалительные процессы шейки матки выявлены у 37,5% беременных группы I и у 20,8% беременных группы II, у которых у выделениях из влагалища преобладали стафилококки, кишечная палочка, гарднерелла. Наличие высокого уровня инфицирования организма беременных в первом триместре может быть одним звеньев цепи патогенетического круга возникновения первичной плацентарной дисфункции.*

Ключевые слова: беременность, вирус гриппа А/Н1N1, первый триместр.

Schpak I. V.

FEATURES OF GESTATION PROCESS IN THE FIRST TRIMESTER OF WOMEN WHO CARRIED FLU OF A/H1N1

Summary. *The 24 pregnant who carried the flu of A/H1N1 is inspected during the first trimester of pregnancy and the 48 pregnant - during a pre-conception period. Early toxicosis within the time 4 - 7 weeks is diagnosed the 30,0 % women of group I and at a 16,7% group II, in a term 8 - 10 weeks (fetogenesis) - the 56,7% and at 36,7%, in time 11 - 12 weeks of pregnancy (period of placentation) - the 56,7% and the 43,3% accordingly. Threat of breaking pregnancy in I trimester diagnosed for 83,3% women of group I and at a 75% group II, partial removing a layer by the layer of chorion - at 26,7% and 13,3%. In groups I, II localization of fetus egg in the lower departments of uterus was 43,3%; 33,3% accordingly. The signs of colpitis are exposed at 70,0% and 66,7% pregnant groups I, II. Displazy of epithelium of neck of uterus diagnosed at 66,7% and 63,3% supervisions. The inflammatory processes of neck of uterus are exposed at 37,5% pregnant of group I and at 20,8% pregnant of group II, which at excretions from a vagina staphylococcus, intestinal stick, gardnerella prevailed. Presence high level infecting of organism of pregnant in the first trimester can be one the links of chain of pathogenetic circle of origin of primary placenta disfunction.*

Key words: pregnancy, virus of flu of A/H1N1, first trimester.

Стаття надійшла до редакції 06.12. 2012р.

© Мороз Л.В., Кириченко Д.Ф., Давидюк І.О.

УДК: 611-018.5:616.36:616-022.36

Мороз Л.В., Кириченко Д.Ф., Давидюк І.О.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра інфекційних хвороб (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ С У ОСІБ, ЯКІ ІНФІКОВАНІ ВІРУСОМ ІМУНОДЕФІЦИТУ ЛЮДИНИ

Резюме. *Дана робота виконана з урахуванням епідеміологічних, діагностичних та клінічних аспектах перебігу хронічного вірусного гепатиту С на тлі ВІЛ-інфекції. В основну групу обрано 110 хворий, вибірка репрезентативна за віком, статтю та терміном інфікування. Визначено закономірності між передбачуваним терміном інфікування, рівнем CD4, вірусним навантаженням RNAHCV та RNA HIV, активністю запального процесу печінки на основі вивчення холестатичних та цитолітичних змін.*

Ключові слова: хронічний гепатит С, ВІЛ-інфекція, фіброз.

Вступ

Хронічний гепатит С (ХГС) являє собою повільно прогресуюче захворювання, класифікація якого базується насамперед на гістологічній картині в тканині печінки, а також на кратності підвищення рівнів сироваткових трансаміназ. Різноманіття темпів прогресування ХГС пов'язують з впливом на його перебіг багатьох фак-

торів. Вплив деяких факторів на даний час вивчений недостатньо [Баранов, 2008, Карпов, 2008, George, et al, 2009]. Так, одночасне інфікування ВГС та ВІЛ істотно відрізняється від перебігу моноінфекції викликані ВГС, з цим погоджуються всі дослідники, що працюють в даному напрямку [Hodowanec et al, 2012, Bonnard et al,

2007]. Але механізми взаємодії цих вірусів в людському організмі досконало на вивчені. Тому, останнім часом особливу актуальність набула коінфекція ХГС/ВІЛ. Враховуючи спільні механізми поширення, труднощі та кошовність в діагностиці, відсутність специфічної профілактики та недосконалість методів етіотропного лікування така поєднана інфекція набуває ознак пандемії. Більш ніж 500 мільйонів чоловік в світі інфіковано вірусом гепатиту С, 40 мільйонів ВІЛ та 12 мільйонів коінфікованих ВГС+ВІЛ [Korner, et al., 2009, Rockstroh et al, 2008, Neil et al, 2010].

Проте за останніх 8 років кількість нових випадків ВІЛ зменшилась на 17%, а смертність на 10%. Такий, хоч і невеликий успіх пов'язують з впровадженням ВААРТ. Правильно підібрана ВААРТ збільшує тривалість та якість життя а також знижує ризик передачі ВІЛ. За даними багатьох дослідників, тривалість життя молодих ВІЛ-інфікованих осіб, що знаходяться на ВААРТ, може сягати 35 років і більше. Тому, наслідки хронічних вірусних гепатитів (цироз печінки, ГЦК) вийшли на провідне місце серед причин смерті коінфікованих осіб. Завдячуючи спільним механізмам передачі близько від 40 до 80% ВІЛ-інфікованих мають антитіла до вірусного гепатиту С. Тому, вивчення особливостей перебігу ХГС/ВІЛ набуває все більшої актуальності [Kim, 2009, Loko, 2010, Thein et al, 2008, Operskalski, 2011, Vani-Sadr et al, 2008].

Метою нашого дослідження було визначення особливості клінічного перебігу хронічного гепатиту С у осіб, які інфіковані вірусом імунодефіциту людини, на основі цитолітичних, холестатичних та запально-некротичних змін в печінці.

Матеріали та методи

Нами було обстежено 190 хворих на ВІЛ-інфекцію, які знаходились на амбулаторному або стаціонарному спостереженні в Вінницькому обласному Центрі профілактики та боротьби зі СНІДом, міському Центрі профілактики та боротьби зі СНІДом МКЛ №5 м. Києва протягом 2007-2012 років. Серед обстежених було 81 (73,64%) чоловік та 29 (26,36%) жінок, середній вік склав 31,59±2,51 років. В групу співставлення ввійшло 84 пацієнти з моноінфекцією ХГС. За віком та статтю групи були ідентичні.

Верифікація діагнозу ВІЛ-інфекція проводилась на підставі виявлення в сироватці крові анти-HIV імуноферментним методом, методом імуноблотингу визначення RNAHIV в ПЛР кількісним методом, дослідження стану клітинного імунітету (визначення рівня CD4+) проводиться методом проточної цитофлюориметрії на проточному цитометрі EPICS-XL в лабораторії Вінницького обласного центру профілактики та боротьби зі СНІДом.

Верифікація діагнозу ХГС проводилась на підставі виявлення в сироватці крові хворих HCV-RNA якісним та кількісним методом ПЛР (на тест-системах НПФ "ДНК-технологія", Росія) та генотипу вірусу.

Основні біохімічні дослідження проводились в лабораторії кафедри інфекційних хвороб та лабораторіях Вінницького обласного центру профілактики та боротьби зі СНІДом, в Київському міському центрі профілактики та боротьби зі СНІДом. В Українському лікувально-діагностичному центрі (м. Київ) виконувались молекулярно-генетичні дослідження (якісна та кількісна ПЛР та генотипування) HCV-RNA, стосовно ВІЛ такі дослідження проводились в лабораторіях центрів профілактики та боротьби зі СНІДом міста Києва та Вінниці.

Статистична обробка отриманих результатів проводилась за допомогою пакету програм SPSS 12. (ліцензійний номер 9593869, належить кафедрі інфекційних хвороб ВМУ ім. М.І. Пирогова) та "STATISTICA 5,5" з використанням параметричних і непараметричних методів оцінки отриманих результатів.

Результати. Обговорення

У 57,89% обстежених хворих на ВІЛ-інфекцію спостерігався ХГС. Серед коінфікованих пацієнтів переважали чоловіки (73,64%), що було в 1,3 рази більше, ніж серед хворих з моноінфекцією (57,14%). Половина хворих з ХГС/ВІЛ була у віці 30-39 років (50,91%), середній вік коінфікованих складав 31,59±2,51 років.

Провідним шляхом передачі у більше ніж половини хворих з коінфекцією (55,45%) було ін'єкційне вживання наркотичних речовин, на що вказували в 23,3

Таблиця 1. Основні клінічні прояви хворих з коінфекцією ХГС/ВІЛ та моноінфекцією ХГС.

Основні клінічні синдроми та симптоми		Хворі з коінфекцією ХГС/ВІЛ, n=110		Хворі з моноінфекцією, n=84	
		Абс.	%	Абс.	%
Астено-вегетативний синдром	Підвищена втомлюваність	101	91,82	52	61,90*
	Загальне нездужання	87	79,09	61	72,62
	Порушення сну	15	13,64	7	8,33
Диспепсичний синдром	Періодична нудота	51	46,36	9	10,71*
	Важкість у правому підребер'ї	61	55,45	39	46,43
	Зниження апетиту	31	28,18	9	10,71*
Артралгії		32	29,09	8	9,53*
Жовтяниця (субіктеричність склер та слизових)		29	26,36	3	3,57*
Геморагічний синдром		24	21,82	2	2,38*
Телеангіктазії		7	6,36	1	1,19
Свербіж шкіри		5	4,54	2	2,38
Гепатомегалія		87	79,09	51	60,71*
Спленомегалія		86	78,18	18	21,43*

Примітка. * - $p < 0,05$ - між хворими з коінфекцією ХГС/ВІЛ та моноінфекцією ХГС (р розраховувалось з використанням коефіцієнта вірогідності (критерій Стьюдента) та критерія відповідності Пірсона (χ^2)).

Таблиця 2. Показники хлестазу, цитолізу та запально-некротичних змін в печінці у хворих з коінфекцією ВІЛ/ХГС та у хворих на ХГС.

Показники	Групи	Хворі з коінфекцією, n=110	Хворі на ХГС Г, n=84	Здорові люди, n=31
Загальний білірубін мкмоль/л		23,47±1,77	17,39±0,76*	11,46±0,87*
Лужна фосфатаза Од/л		91,21±4,48	70,02±3,72**	58,94±2,41*
ГГТ Од/л		94,44±8,42	60,49±4,21**	40,09±0,73*
АСТ Од/л		86,61±5,36	69,26±3,92**	24,52±4,84*
АЛТ Од/л		92,74±6,28	74,95±4,21**	29±5,3*
Загальний білок г/л		71,05±0,79	75,3±0,74*	77,88±0,9*
Протромбіновий індекс %		73,80±1,09	78,8±0,89*	89±0,78*
α-фетопротеїн нг/мл		2,6±0,26	1,76±0,14*	1,49±0,06**

Примітки: * - $p < 0,001$ - між хворими основної групи та групи співставлення, між хворими основної групи та здоровими людьми; ** - $p < 0,05$ - між хворими основної групи та групи співставлення, між хворими основної групи та здоровими людьми; (р розраховувалось з використанням коефіцієнта вірогідності (критерій Стьюдента) та критерія відповідності Пірсона (χ^2)).

рази частіше в порівнянні з хворими на моноінфекцію (2,38%). У 21,82% хворих на коінфекцію шляхом інфікування були незахищені статеві контакти. Даний показник в 18,2 рази перевищував аналогічний серед хворих з моноінфекцією. З іншого боку, медичні маніпуляції, як шлях інфікування, в 5,5 рази частіше реєструвалися в групі хворих на ХГС.

Більше ніж у половини хворих основної групи (57,27%) виявлявся 3 генотип ВГС, що було в 1,7 рази частіше, ніж серед пацієнтів з моноінфекцією.

У переважній більшості хворих з коінфекцією (78,18%) спостерігалось високе вірусне навантаження ВГС, що в 1,3 рази перевищувало аналогічний показник в групі з моноінфекцією (61,9%). Також, достовірно вищим було значення середнього вірусного навантаження у хворих з коінфекцією в порівнянні із групою пацієнтів з моноінфекцією ($p < 0,001$).

У більшості хворих на коінфекцію (77,27%) був встановлений рівень CD4 вище 200 кл/мкл, лабораторні ознаки важкого імунodefіциту були виявлені лише у 22,73% хворих. Проведене дослідження виявило залежність між вірусним навантаженням RNAHCV та рівнем CD4 у хворих з коінфекцією. Так, у 72% пацієнтів цієї групи з рівнем CD4 нижче 200 кл/мкл було високе вірусне навантаження по ВГС, що в 1,9 рази перевищувало кількість хворих з високим вірусним навантаженням в групі з CD4 вище 200 кл/мкл.

В клінічній картині у хворих на коінфекцією домінуючими були прояви астеновегетативного та диспептичного синдромів. Майже всі хворі даної групи пред'являли скарги на підвищену втомлюваність (91,82%), що було в 1,5 разів частіше ніж серед хворих з моно-

інфекцією. У 46,36% хворих з коінфекцією періодично виникала нудота, не пов'язана з вживанням їжі, що було в 4,3 рази частіше, ніж у хворих з моноінфекцією. Зниження апетиту було у 28,18% хворих на ХГС/ВІЛ, що було в 2,6 рази частіше, ніж при ХГС. Скарги на летючі болі в суглобах в 3,1 рази частіше реєструвалися в групі коінфікованих хворих, ніж у пацієнтів з моноінфекцією. Зміни в забарвленні шкіри та слизових у вигляді субіктеричності спостерігались в 26,56% хворих основної групи та виникали в 7,4 рази частіше, ніж у хворих групи співставлення. Геморагічний синдром при об'єктивному обстеженні виявлявся у 21,82%, телеангіоектазії у 6,36% хворих з коінфекцією, що було в 9,2 рази частіше, ніж при моноінфекції.

При об'єктивному та УЗ-дослідженні у переважній більшості хворих на коінфекцію виявлялися ознаки гепатоспленомегалії. Так, збільшення розмірів печінки зареєстровано у 79,09%, а селезінки - у 78,18% пацієнтів, що було в 1,3 та 3,6 рази, відповідно, частіше, ніж у хворих з моноінфекцією (табл.1).

Проведений аналіз виявив достовірно вищі рівні основних показників холестазу в групі хворих з коінфекцією. Так, загальний білірубін сироватки крові в основній групі був у 1,9 рази вищий, ніж у здорових людей та в 1,4 рази вищий, ніж в групі пацієнтів з ХГС. Рівень прямого білірубину у коінфікованих осіб був в 1,8 та 1,3 рази вищий в порівнянні зі здоровими особами та хворими з моноінфекцією, відповідно. Найбільша різниця спостерігалася відносно рівня ГГТ сироватки крові, що в групі пацієнтів з коінфекцією в 2,4 рази перевищував аналогічний показник серед здорових та в 1,6 рази серед хворих з моноінфекцією. Вміст ЛФ у осіб основної групи був вищий в 1,3 рази в порівнянні зі здоровими особами та не відрізнявся від показників у хворих на ХГС.

Виявлено, що у переважній більшості хворих на коінфекцію (85,45% та 87,27%, відповідно) реєструвалися підвищені рівні показників синдрому цитолізу, АЛТ та АСТ в сироватці крові, що було в 1,4 та 1,5 відповідно частіше порівняно з хворими на моноінфекцію. У хворих з коінфекцією ХГС/ВІЛ виявлено зростання рівня АЛТ та АСТ в сироватці крові в 3,2 і 3,5 рази відповідно в порівнянні з здоровими людьми. Дані рівні також були в 1,2 та 1,2 рази вищими в групі хворих на коінфекцію, ніж у пацієнтів з моноінфекцією.

У пацієнтів з коінфекцією спостерігалось зниження показників білково-синтетичної функції печінки за межі референтного інтервалу. Так, більше половини хворих цієї групи (68,18%) мали зниження рівня альбуміну, що було в 28,7 рази частіше, ніж в групі пацієнтів з моноінфекцією. У третини хворих основної групи реєструвалися знижені рівні загального білка, даний показник в 5 раз частіше зустрічався у цих хворих в порівнянні з пацієнтами з моноінфекцією.

В групі хворих з коінфекцією спостерігалось достовірно зниження рівня загального білка сироватки крові

в порівнянні зі здоровими особами, стосовно рівня протромбінового індекса ця різниця складала вже 1,2 рази, а рівня альбуміну 1,3 рази. Навпаки, рівень фетопротеїну у хворих з коінфекцією в 1,8 разів був вищий, ніж у здорових людей. Виявлялась достовірна різниця означених показників між групами хворих, а рівень фетопротеїну в 1,5 рази був вищим у пацієнтів з коінфекцією при порівнянні з хворими з моноінфекцією (табл.2).

Виявлено достовірну залежність між рівнем CD4 та вираженістю цитолізу та холестазу у хворих з коінфекцією ХГС/ВІЛ. У хворих даної групи з рівнем CD4 < 200 кл/мкл вміст АЛТ в сироватці крові був в 4,1 рази вищим, ніж у пацієнтів з рівнем CD4 > 500 кл/мкл. Така ж картина відбувалася стосовно вмісту АСТ в сироватці, коли різниця сягала 3,6 рази.

У хворих на коінфекцію з рівнем CD4 < 200 кл/мкл рівень загального білірубину в сироватці крові в 2 рази, прямого білірубину та ГГТ в 2,8 - 2,9 рази, ЛФ в 2,3 вищі, ніж у осіб з рівнем CD4 > 500 кл/мкл відповідно. Навпаки, рівні загального білка, альбуміна та протромбінового індексу в 1,1 рази, 1,4 та 1,2 рази, відповідно, були нижчі у осіб з показниками CD4 < 200 кл/мкл.

Встановлено, що зниження рівня гемоглобіну спостерігалось у переважній більшості хворих з коінфекцією (71,82%) та було в 1,6 рази частіше в порівнянні з хворими на ХГС. У ще більшій кількості хворих основної групи (76,36%) реєструвалося зниження рівня тромбоцитів. Тромбоцитопенія в 3,6 рази частіше зустрічалася в групі коінфікованих. Майже половина хворих на коінфекцію (46,36%) мала знижений рівень еритроцитів, що було в 1,2 рази частіше, ніж серед хворих на ХГС. Практично у всіх хворих основної групи (90%) спостерігався відносний лімфоцитоз, що виявлявся у них в 3,8 рази частіше в порівнянні з групою співставлення.

Рівень гемоглобіну достовірно, а тромбоцитів в 1,3 рази був нижчим у групі хворих з коінфекцією в порівнянні із групою здорових осіб. Тромбоцитопенія також була в 1,2 більш виражена в основній групі, ніж у пацієнтів з ХГС. Протележна картина спостерігалась сто-

совно кількості лімфоцитів, що у хворих з коінфекцією була в 1,8 рази більшою в порівнянні зі здоровими та в 1,2 рази з хворими на моноінфекцію.

Висновки та перспективи подальших розробок

У 57,89% пацієнтів, які були інфіковані вірусом імунодефіциту людини, спостерігався ХГС, причому серед них переважали чоловіки (73,64% - 81 особа) та особи віком 30-39 років (56 хворих - 50,91%). Провідним механізмом передачі у більшості хворих з коінфекцією (61 особа - 55,45%) було ін'єкційне вживання наркотичних речовин. Більш ніж у половини пацієнтів основної групи (63 особи - 57,27%) виявлявся 3 генотип ВГС, що було в 1,72 рази частіше у порівнянні із пацієнтами при моноінфекції ХГС. У переважній більшості хворих з коінфекцією (86 осіб - 78,18%) спостерігалось високе вірусне навантаження ВГС, що в 1,3 рази перевищувало аналогічний показник в групі з моноінфекцією ХГС. У більшості хворих на коінфекцію (85 осіб - 77,27%) був встановлений рівень CD4 вище 200 кл/мкл, причому спостерігалась зворотна залежність між вірусним навантаженням RNAHCV та рівнем CD4. Так, у 18 хворих - 72% пацієнтів з рівнем CD4 нижче 200 кл/мкл визначалось високе вірусне навантаження по ВГС, що в 1,9 рази перевищувало кількість хворих з високим вірусним навантаженням в групі з CD4 вище 200 кл/мкл.

У хворих з наявністю коінфекції домінували прояви астеновегетативного та диспептичного синдромів: у більшості пацієнтів - підвищена втомлюваність (у 101 - 91,82%), важкість у правому підбер'язі (61 - 55,45%), нудота (у 51 - 46,36%) та гепатоспленомегалія (79,09-78,18%) відмічались, відповідно, в 1,3-4,3 рази частіше, ніж у хворих з моноінфекцією. Окрім того, спостерігалось зростання рівня показників цитолізу (АЛТ та АСТ) та холестазу (ГГТ) в сироватці крові в 1,2-1,6 рази відповідно та достовірна залежність між рівнем CD4 та показниками цитолізу (при CD4<200 кл/мкл рівень АСТ і АЛТ в сироватці крові в 3,6 та 4,1 рази перевищував подібний у пацієнтів з рівнем CD4 > 500 кл/мкл).

Список літератури

- Баранов А.В. Эпидемиологические и клинические особенности хронического гепатита С /А.В.Баранов, В.В.Малеєв //Эпидемиолог. и инфекц. болезни. - 2008. - №2. - С. 32-35.
- Карпов С.Ю. "Мягкий" хронический гепатит С /С.Ю.Карпов //Гепатолог. форум. - 2008. - №3. - С. 12-18.
- Clinical, virologic, histologic, and biochemical outcomes after successful HCV therapy: A 5-year follow-up of 150 patients /S.L.George, B.R.Bacon, E.M.Brunt [et al.] //Hepatology. - 2009. - Vol.49(3). - P. 729-38.
- Differences in CD4+ T-Cell Immune Activation in HIV, HCV, and HIV/HCV Coinfection are Influenced by HIV and HCV Infection Status /A. Hodowanec, K. Brady, W. Gao [et al.] //Abstract MOPE011, presented at XIX International AIDS Conference, (Washington, DC, July 2012).
- Documented rapid course of hepatic fibrosis between two biopsies in patients coinfectd by HIV and HCV despite high CD4 cell count /P.Bonnard, F.X.Lescure, C.Amiel [et al.] //J. Viral Hepat. - 2007. - Vol.14(11). - P. 806-811.
- Effects of HCV coinfection on apoptosis of CD4+ T-cells in HIV-positive patients /C. Korner, B. Kramer, D. Schulte [et al.] //Clin. Sci. (Lond). - 2009. - Vol.116(12). - P. 861-870.
- European AIDS Clinical Society (EACS) guidelines for the clinical menegement and treatment of chronic hepatitis B and C coinfection in HIV-infected adults /J. Rockstroh, S. Bhagani, Y. Benhamou [et al.] //HIV Med. - 2008. - Vol.9(2). - P. 82-88.
- Incidence of Severe Hepatotoxicity Related to Antiretroviral Therapy in HIV/HCV Coinfected Patients /E.L.Heil, M.L.Townsend, K.Shipp [et al.] //AIDS Research and Treatment. - 2010. - Vol.10. - P. 1155-1159.
- Kim A. Coinfection with HIV-1 and HCV - a one-two punch /A.Kim, R.Chung // Gastroenterology. - 2009. - Vol.137(3). - P. 795-814.
- Loko M.-A. The French national prospective cohort of patients co-infected with HIV and HCV (ANRS CO13 HEPAVIH): Early findings, 2006-2010 /M.-A.Loko,

D.Salmon, P.Carrieri //BMC Infectious Diseases. - 2010. - №10. - P. 303-314. Natural history of hepatitis C virus infection in HIV-infected individuals and the impact of HIV in the era of highly active antiretroviral therapy: a meta-analysis / H.H.Thein, Q.Yi, G.J.Dore [et al.] //AIDS. - 2008. - Vol.22(15). - P. 1979-1991. Operskalski E. HIV/HCV co-infection: pathogenesis, clinical complications, treatment, and new therapeutic technologies /E.Operskalski, A.Kovacs //Curr. HIV/AIDS Rep.- 2011.- №8. - P. 12-22. Progression of Fibrosis in HIV and Hepatitis C

Virus-Coinfected Patients Treated with Interferon plus Ribavirin-Based Therapy: Analysis of Risk Factors /F.Bani-Sadr, N.Lapidus, P.Bedossa [et al.] //Clinical Infectious Diseases. Advertising, Reprints and Jornal Supplements. - 2008. - Vol.46 (Issue 5). - P. 768-774.

Мороз Л.В., Кириченко Д.Ф. Давидюк І.О.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С У ЛИЦ, ИНФИЦИРОВАННЫХ ВИРУСОМ ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА

Резюме. Данная работа выполнена с учетом эпидемиологических, диагностических и клинических аспектов течения хронического вирусного гепатита С на фоне ВИЧ-инфекции. В основную группу вошло 110 человек, выборка репрезентативна по возрасту, полу и сроку инфицирования. Определены закономерности между предполагаемым сроком инфицирования, уровнем CD4, вирусной нагрузкой RNAHCV и RNA HIV, активностью воспалительного процесса печени на основе изучения холестатических и цитолитических изменений.

Ключевые слова: хронический гепатит С, ВИЧ-инфекция, фиброз.

Moroz L.V., Kirichenko D.F Daviduk I.O.

CLINICAL AND DIAGNOSTIC FEATURES OF CHRONIC HEPATITIS C OF PATIENTS INFECTED WITH HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS

Summary. This work has been done with an account into the epidemiological, diagnostic and clinical aspects of a current of chronic viral hepatitis with against a HIV-infection. The basic group consisted of the 110 patients, the group was represented on an age, sex and term infection. The correlations between prospective term, level CD4, virus loading RNAHCV and RNA HIV, activity of inflammatory process of a liver on the basis of studying cholectatic and cytolytic changes were defined.

Key words: chronic hepatitis C, HIV infection, fibrosis.

Стаття надійшла до редакції 07.12.2012р.

© Годлевський А.І., Саволюк С.І., Кацал В.А., Клімас А.С.

УДК: 616.36-008.5-084-037

Годлевський А.І., Саволюк С.І., Кацал В.А., Клімас А.С.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра хірургії №2 (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ ТА МЕТОДИ ПРОФІЛАКТИКИ ПОСТДЕКОМПРЕСІЙНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ З НЕПУХЛИННИМИ ОБТУРАЦІЙНИМИ ЖОВТЯНИЦЯМИ

Резюме. Здійснюється аналіз динаміки системних метаболічних маркерів в післяопераційному періоді в 510 хворих з некритичними та критичними формами непухлинної обтураційної жовтяниці після виконання внутрішньої та зовнішньої біліарної декомпресії різними способами. Виявлено закономірності післяопераційної динаміки досліджуваних показників з наявністю особливих критичних моментів максимального ризику розвитку ускладнень (печінкова дисфункція) в період після біліарної декомпресії, що мають бути визначені для цілеспрямованої превентивної консервативної терапії.

Ключові слова: непухлинна обтураційна жовтяниця, постдекомпресійна дисфункція печінки, прогнозування, профілактика.

Вступ

Нині залишаються невизначеними критерії диференційованого вибору методів хірургічної корекції ускладненої біліарної патології, індивідуалізації показів до одноетапних радикальних та етапних декомпресійних втручань з використанням малоінвазивних технологій залежно від тривалості НПОЖ, вихідної тяжкості стану, операційно-анестезіологічного ризику, декомпенсації соматичної патології та ступеня ГПН [Павловський та ін., 2011; Ткачук та ін., 2010; Тамм та ін., 2010]. Це пов'язано з недостатнім вивченням впливу методів біліарної декомпресії на функцію печінки, системні зміни метаболізму та післяопераційний перебіг [Даценко, 2010; Березницький і др., 2011; Гринцов і др., 2012]. Актуальними залишаються питання індивідуальної оцінки та прогнозування розвитку дисфункцій печінки, ефектив-

ності методів профілактики та періопераційного відновлення її функціональної здатності для вибору оптимальних алгоритмів курації хворих на НПОЖ [Кондратенко і др., 2011].

Мета роботи: на основі системного періопераційного метаболічного моніторингу визначити часові інтервали прогнозованого розвитку постдекомпресійної дисфункції печінки у хворих з непухлинною обтураційною жовтяницею та патогенетично обґрунтовані принципи її профілактики.

Матеріали та методи

Аналізуються результати хірургічного лікування 510 хворих з НПОЖ, оперованих упродовж 2005-2012 рр. в клініці кафедри хірургії №2 ВНМУ ім. М.І. Пирогова.