

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОНОЭЛАСТОГРАФИИ ПЕЧЕНИ И ФИБРОТЕСТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С

Бондарь А.Е., Соломенник А.О., Сохань А.В., Анцыферова Н.В.,
Блажко В.С., Деонег А.В.

Национальный медицинский университет, Харьков, Украина

При хроническом гепатите С (ХГС) определяющим критерием стадии заболевания, прогноза и тактики противовирусной терапии является выраженность фиброза печени. Для диагностики стадии фиброза печени «золотым» стандартом остается пункционная биопсия печени. В то же время результатами ряда исследований доказана диагностическая точность лабораторных тестов крови (Фибротест) и соноэластографии. Комбинация лабораторных тестов и соноэластографии повышает достоверность оценки стадии фиброза печени.

Цель исследования: сравнить результаты определения стадии фиброза печени методами соноэластографии и Фибротеста у больных хроническим гепатитом С.

Объект и методы исследования: исследование проводилось в клинике инфекционных болезней Харьковского национального медицинского университета. Обследовано 18 больных ХГС. Средний возраст составил 34±4,2 года, женщин – 10 (55,6%), мужчин – 8 (44,4%). Диагноз был установлен на основании общепринятых клинико-анамнестических и лабораторных данных. Всем пациентам проведена соноэластография печени с помощью прибора Ultrasound Diagnostic Scanner Hitachi Hi vision Avius 2013 (Япония) и Фибротест (Bipredictive, Франция). Стадию фиброза печени определяли по шкале METAVIR.

Результаты исследования. По результатам соноэластографии печени у больных ХГС определены стадии фиброза: F0-F1 – 10 (55,6%); F1-F2 – 5 (27,8%); F2-F3 – 1 (5,6%); F3-F4 – 2 (11,1%). При сравнении данных соноэластографии и Фибротеста совпадение результатов выявлено у 16 (88,9%) пациентов: F0-F1 – 10 (55,6%); F1-F2 – 5 (27,7%); F3-F4 – 1 (5,6%). У двух (11,1%) больных результаты соноэластографии и Фибротеста отличались, при этом в обоих случаях по результатам Фибротеста определялась более высокая стадия фиброза.

Вывод. Результаты определения стадии фиброза печени у больных ХГС с помощью соноэластографии и Фибротеста совпадают в 88,9% случаев.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СТРУКТУРНО-ГЕОМЕТРИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ГЕПАТИТАМИ И ЦИРРОЗАМИ ПЕЧЕНИ ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Морозова Т.С., Гришина И.Ф., Гурикова И.А.

ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет»,
г. Екатеринбург, Россия

Целью исследования явилось изучение типов ремоделирования левого желудочка (ЛЖ) сердца при хронических гепатитах (ХГ) и циррозах печени (ЦП) вирусной этиологии. Под наблюдением находилось 84 пациента с ХГ, ассоциированными с HBV, HCV-инфекцией, и 79 пациентов с ЦП В и С. Контрольную группу составили 50 практически здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту. Всем больным проведено трансторакальное эхокардиографическое исследование, которое выполнялось на ультразвуковом аппарате "Acuson 128 XP/10" (США) датчиком с частотой 3,75 МГц по методике, рекомендованной Американской ассоциацией эхокардиографии. В исследуемых клинических группах был проведен анализ частоты формирования различных вариантов ремоделирования ЛЖ сердца в соответствии с классификацией, предложенной А. Ganau (1992 г.). В результате исследования установлено, что у пациентов с вирусным ЦП ремоделирование с развитием гипертрофии миокарда ЛЖ (ГМЛЖ) имело место в 74 (93,7%) случаях, при этом в 61 (77,2%) случае с формированием концентрического типа ГМЛЖ. Экцентрический вариант ГМЛЖ наблюдался реже, лишь у 13 (16,5%) больных ЦП, концентрическое ремоделирование ЛЖ отмечено в 5 (6,3%) случаях. Среди пациентов с ХГ ремоделирование с развитием ГМЛЖ имело место в 54 (64,3%) случаях, при этом концентрический тип ГМЛЖ выявлялся достоверно реже – у 43 (51,2%) пациентов ($p < 0,05$), тогда как концентрическое ремоделирование достоверно чаще, чем при вирусном ЦП – в 24 (28,6%) случаях ($p < 0,05$). Частота формирования экцентрического варианта ГМЛЖ у больных хроническими вирусными гепатитами встречалась реже, чем при ЦП вирусной этиологии – в 11 (13,1%) случаях. Нормальная геометрия ЛЖ в группе больных ХГ наблюдалась у 6 (7,1%) пациентов.

Таким образом, у больных хроническими вирусными заболеваниями печени ведущими типами изменения геометрии левого желудочка сердца является ремоделирование с формированием ГМЛЖ, преимущественно с развитием ее концентрического варианта. При этом обращает на себя внимание тот факт, что этот тип структурно-геометрической перестройки ЛЖ встречался достоверно чаще при вирусном ЦП ($p < 0,05$). Следует отметить, что причинами частого развития гипертрофических типов ремоделирования левого желудочка у пациентов с хроническими диффузными заболеваниями печени вирусной этиологии могут являться, с одной стороны, воспаление как повреждающий фактор, с другой – нагрузка на миокард как результат повышения периферического сосудистого сопротивления.

ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ НА ФОНЕ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ГЕПАТИТА У ПАЦИЕНТОВ С HCV/HIV-ИНФЕКЦИЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ ВААРТ

Дунаева Н.В.¹, Сташишкис Т.А.², Ковеленов А.В.²¹ ФГБУ «НИИ гриппа» МЗ РФ,² ГКУЗ ЛО "Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями", Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: изучить динамику уровня тромбоцитов у больных с HCV/HIV-инфекцией, получающих противовирусную терапию (ПВТ) ХГС с использованием рибавирина и ПегИнф альфа-2.

Материалы и методы: в исследование включено 242 больных, прошедших 48 или 72 нед. курс ПВТ ХГС. Выделены группы: 1я – не получающие ВААРТ (n=115 чел), 2я – находящиеся на ВААРТ (n=127 чел).

Данные представлены в виде медианы (25/75%). При сравнении независимых выборок использовали U критерий Манна и Уитни, зависимых – критерий Уилкоксона.

Результаты: Уровень тромбоцитов, статистически значимо снижался до 12-ой недели ПВТ в обеих группах. С 12 по 24 неделю терапии наблюдалось незначимое снижение в 1ой группе и начался прирост во 2ой. Последнее полугодие сопровождалось статистически значимым ростом уровня тромбоцитов в обеих группах. Через 6 месяцев после окончания терапии уровень тромбоцитов полностью восстановился в обеих группах.

Первая группа (медиана (25/75%):

старт 186 (151/213)*10(9)/л → W4 165 (139/189), $p < 0,001$

W4 → W12 161 (116/210), $p = 0,003$ W12 → W24 155 (111/185), $p = 0,281$

W24 → W48 166 (130/209), $p = 0,029$

W48 → 6 мес после окончания ПВТ 189 (150/226)/л, $p = 0,006$.

Вторая группа (медиана (25/75%):

старт 194 (150/246)*10(9)/л → W4 154 (127/198), $p < 0,001$

W4 → W12 137 (112/188), $p < 0,001$ W12 → W24 139 (115/175), $p = 0,281$

W24 → W48 150 (112/190), $p = 0,016$

W48 → 6 мес после окончания ПВТ 186 (152/240)*10(9)/л, $p < 0,001$.

Между собой статистически значимо группы различались лишь на 12 неделе терапии, p U критерия Манна и Уитни 0,023

Выводы: Тромбоциты снижаются у всех пациентов, получающих ПВТ ХГС, более выражено на фоне ВААРТ.

УРОВЕНЬ ВИТАМИНА D В КРОВИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С

Гейвандова Н.И., Липов А.В., Ягода А.В., Рогова С.Ш.

Государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия

Роль дефицита витамина D в прогрессировании фиброза и снижении шанса достижения устойчивого вирусологического ответа (УВО) в результате стандартной противовирусной терапии (ПВТ) у больных хроническим вирусным гепатитом С (ХВГС) является обсуждаемой проблемой. В клинической практике применяют определение 25(OH)D – основного метаболита витамина D, присутствующего в крови.

Цель исследования: Определить клиническое значение сывороточных уровней 25(OH)D у больных ХВГС.

Материал и методы. Обследовано 80 больных ХГС (41 мужчина и 39 женщин). Генотип 1b HCV определялся у 48 пациентов, генотип 3 – у 29 больных, генотип 2 – у 3 чел. У 14 пациентов определялся тяжелый фиброз (F4) – > 12,5 кПа по данным эластографии печени. В контрольную группу вошли 20 здоровых добровольцев. Содержание 25(OH)D в сыворотке крови определялось методом ИФА («iDS Ltd»).

Результаты. У больных ХВГС содержание в крови 25(OH)D составило 36,07±1,24 нмоль/л, что было значительно ниже, чем в группе контроля (84,95±2,05 нмоль/л; $p < 0,001$). У пациентов с уровнем фиброза F4 выявлялись самые низкие значения 25(OH)D в сыворотке крови – 28,75±2,05 нмоль/л. На настоящий момент 36 пациентов завершили стандартную ПВТ препаратами пегилированного ИФН-α и рибавирина. Из них УВО был зарегистрирован у 20 пациентов (55,5%), отсутствие УВО – у 16 больных. Остальные пациенты находятся в процессе терапии или периоде наблюдения после завершения ПВТ. Наблюдалась тенденция к сравнительно более высоким исходным показателям содержания в сыворотке крови 25(OH)D у пациентов с УВО, чем у нон-респондеров: соответственно 39,29±2,1 и 32,96±2,6 нмоль/л, $p = 0,064$. Недостоверность различий, вероятнее всего, объясняется малочисленностью групп исследуемых на настоящий момент.

Заключение. У больных ХВГС содержание в крови 25(OH)D ниже, чем у здоровых. Наиболее значимое снижение показателя витамина D отмечается при тяжелом фиброзе. Исходный уровень 25(OH)D в крови, вероятно, может служить предиктором ответа на стандартную ПВТ препаратами ПегИФН-α и рибавирином.