

ринатальна профілактика трансмісії ВІЛ від матері до дитини, постконтактна профілактика, заходи загальної, суспільної й особистої профілактики тощо); знання основних законодавчо-нормативних, юридично-правових положень з питань ВІЛ/СНІДу; клінічні прояви ранніх та розгорнутих стадій захворювання; ВІЛ-індикаторні захворювання та стани (інфекції, інвазії, пухлини); лабораторна, специфічна діагностика та лікування СНІДу й опортуністичних інфекцій; диспансерний нагляд та супровід ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД.

Враховуючи те, що за ВІЛ-інфекції/СНІДу майже всі системи та органи інфікованого з часом зазнають впливу безпосередньо вірусу або збудників опортуністичних інфекцій, патологічний процес може розвинутися в будь-якому органі та системі, а, отже, хворий вперше може потрапити в поле зору лікаря будь-якої спеціальності. Це диктує необхідність вільно та повною мірою володіти знаннями щодо особливостей органосистемних проявів ВІЛ/СНІДу як лікарям загальної практики, так і, звісно, лікарям певного вузького профілю.

Отже, важливим резервом підвищення якості підготовки лікарів-інтернів суміжних спеціальностей може стати посилення міжпредметного інтегрування кафедр, на яких вивчаються питання ВІЛ/СНІДу, а також удосконалення підходів, методів і методики викладання, наприклад, у формі диспутів, інтерактивних конференцій, тренінгів, тощо. Саме такий підхід, на наш погляд, є оптимальним з точки зору підвищення ефективності підготовки лікарів-інтернів суміжних спеціальностей з питань ВІЛ/СНІДу та сприятиме протидії розповсюдженню епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні та подолання й мінімізації її медичних, соціальних, економічних та багатьох інших несприятливих наслідків.

НЕІНВАЗИВНА ДІАГНОСТИКА ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С

*Козько В.М., Соломенник Г.О., Бондар О.Є., Могиленець О.І.,
Меркулова Н.Ф., Юрко К.В., Ткаченко В.Г.*

Хронічний гепатит С (ХГС) є розповсюдженим захворюванням з високим ризиком переходу до цирозу печінки та гепатоцелюлярної карциноми. За останніми даними, вірусом гепатиту С (HCV) у світі інфіковано понад 200 млн. людей, тобто біля 3% населення планети [1].

Особливістю ХГС є бідність клінічної симптоматики і слабка ступінь змін збоку лабораторних показників, у тому числі аланінової трансамінази (АЛТ), активність якої в сироватці крові хворих не завжди корелює з морфологічними змінами в печінці. У той же час, адекватна оцінка стану гепатобілярної системи, у тому числі стадії фіброзу дозволяє не тільки прогнозувати перебіг ХГС, але й своєчасно призначати етіотропне та патогенетичне лікування, проводити оцінку його ефективності [2, 3].

Достовірним методом оцінки морфологічних змін у печінці є пункційна біопсія з наступним гістологічним дослідженням тканини. Цей метод вважають «золотим» стандартом діагностики. Однак, поряд з багатьма перевагами, він має низку суттєвих недоліків: інвазивність процедури, фізичний та психологічний дискомфорт, ризик ускладнень, у тому числі летальних, існування обмежень та протипоказань до виконання цієї маніпуляції, неможливість завжди отримати адекватний об'єм тканини, суб'єктивний характер оцінки гістологічних даних, висока варіативність, труднощі динамічного спостереження тощо [4, 5].

Поряд із цим, існують неінвазивні способи діагностики фіброзу печінки на підставі оцінки її ехогенності за допомогою ультразвукового дослідження [6], визначення еластичності печінки методом короткочасної еластографії [7], визначення вмісту гіалуронової кислоти в сироватці крові [8] та сироваткового рівня колагену IV типу [9] тощо. Але кожен з цих способів має певні суттєві недоліки.

Таким чином, пошук та з'ясування зв'язку між лабораторними показниками і морфологічними змінами та визначення можливих маркерів, які б відображували стан цих змін, є необхідним.

Мета дослідження – оцінити вміст альфа-2-макроглобуліну (A2M) та активність гама-глутамілтранспептидази (ГГТ) у сироватці крові хворих на ХГС у залежності від стадії фіброзу.

Матеріал та методи. Під обстеженням перебувало 25 хворих на ХГС. З них чоловіків було 15 (60%), жінок – 10 (40%). Середній вік пацієнтів склав $41,16 \pm 2,45$ років. Усім хворим визначали вміст A2M методом електрохемолюмінесценції, активність ферментів ГГТ та АЛТ імунотурбидиметричним методом у сироватці крові за допомогою реактивів фірми «Roche» (Франція), а також проводили оцінку стадії фіброзу печінки за системою FibroTest, яка є сучасною альтернативною біопсії печінки [10]. Контрольну групу склали 20 здорових донорів. Для статистичної обробки отриманих даних використовували критерій t Ст'юдента для малих вибірок та коефіцієнт кореляції r.

Результати та їх обговорення. У клінічній картині обстежених хворих домінували прояви астено-вегетативного (60%), диспепсичного (28%), абдомінально-больового (28%) синдромів, гепатомегалія (80%), спленомегалія (28%). Значно рідше траплялися артралгічний (12%), гарячковий (8%) та жовтяничний (4%) синдроми.

Вміст A2M у сироватці крові не відрізнявся від нормальних значень ($2,56 \pm 0,11$ г/л та $2,19 \pm 0,1$ г/л відповідно, $p > 0,05$). Активність ГГТ в середньому склала $76,82 \pm 12,98$ МО/л, АЛТ – $82,5 \pm 15,8$ МО/л, що було вище ніж у контролі ($p < 0,05$). Стадію фіброзу F0 діагностовано у 7 (28%), F1 – у 5 (20%), F2 – у 5 (20%), F3 – у 4 (16%), F4 – у 4 (16%) осіб.

Установлений потужний кореляційний зв'язок між активністю ГГТ у сироватці крові та активністю АЛТ ($r=0,81$; $p < 0,001$), стадією фіброзу печінки ($r=0,81$; $p < 0,001$), а також між вмістом A2M та стадією фіброзу печінки ($r=0,84$; $p < 0,001$), активністю ГГТ ($r=0,53$; $p < 0,01$).

На підставі цього був розроблений індекс фіброзу, який розраховують за формулою:

$$I\Phi = (A2M \times 100 + ГГТ) / 100,$$

де IΦ – індекс фіброзу; A2M – вміст альфа-2-макроглобуліну в сироватці крові, г/л; ГГТ – активність гама-глутамілтранспептидази в сироватці крові, МО/л і, якщо цей показник дорівнює або менш 3, відзначають відсутність або слабкий фіброз (F0, 0–1), при значенні від 3 до 4,5 включно – помірний фіброз (F2), при значенні від 4,5 до 5,2 включно – виражений фіброз (F3), при значенні більш 5,2 – цироз (F4) за шкалою METAVIR [11].

Висновки. У половини обстежених хворих (52%) виявлено підвищення активності ГГТ у сироватці крові. У середньому цей показник перевищував нормальне значення в 2,5 рази.

Вміст А2М та активність ГГТ у сироватці крові має пряму залежність від стадії фіброзу печінки, що дає підставу використовувати ці показники як додаткові критерії діагностики вищевказаних змін у хворих на ХГС.

Література

1. Срахі А. Клинические рекомендации EALS: ведение больных с инфекцией, вызванной вирусом гепатита С / А. Срахі // Best clinical practice (рус. издание). – 2011. – Вып. 5. – С. 13–37.
2. Noninvasive assessment of liver fibrosis by measurement of stiffness in patients with chronic hepatitis C / М. Ziol, А. Handra-Luca, А. Kettaneh [et al.] // Hepatology. – 2005. – Vol. 41. – Р. 48–54.
3. Федорченко С.В. Хроническая HCV-инфекция: монография / С.В. Федорченко. – К. : ВСИ «Медицина, 2010. – 272 с.
4. Noninvasive estimation of liver fibrosis and response to interferon therapy by a serum fibrogenesis marker, YKL-40, on patients with HCV-associated liver disease / Y. Saitou, K. Shiraki, Y. Yamanaka [et al.] // World J. Gastroenterol. – 2005. – Vol. 11. – Р. 476–481.
5. Сюткин В.Е. Современные представления о фиброзе печени / В.Е. Сюткин // Гепатологический форум. – 2007. – № 2. – С. 3–7.
6. Ультразвуковое исследование при определении стадии хронических диффузных заболеваниях печени / О.Ю. Шипов, В.Е. Сюткин, А.П. Милехин и др. // Врач. – 2006. – № 7. – С. 49–52.
7. Эластография – новый метод неинвазивной диагностики фиброза печени / А.О. Буеверов, Л.Я. Воликовский, Е.В. Тесаева // Гепатологический форум. – 2007. – № 2 – С. 14–18.
8. Identification of chronic hepatitis C patients without hepatic fibrosis by a simple predictive model / X. Forns, S. Ampurdanes, J.M. Llovet [et al.] // Hepatology. – 2002. – Vol. 36. – Р. 986–940.
9. Diagnostic value of serum type IV collagen test in compression with platelet count for predicting the fibrotic stage in patients with chronic hepatitis / Y. Murawaki, M. Koda, K. Okamoto [et al.] // J. Gastroenterol. Hepatol. – 2001. – Vol. 16. – Р. 777–781.
10. Prospective comparison of transient elastography, Fibrotest, APRI, and liver biopsy for the assessment of fibrosis in chronic hepatitis C / L. Castera, J. Verqniol, J. Foucher [et al.] // Gastroenterology. – 2005. – Vol. 128. – Р. 343–350.
11. Diagnosis, Management, and Treatment of Hepatitis C / D.B. Strader, T. Wright, D.L. Thomas, L.B. Seeff // Hepatology. – 2004. – Vol. 39. – Р. 1147–1171.

ПРИНЦИПИ РАНЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ

Козько В.М., Юрко К.В., Бондаренко А.В., Соломенник Г.О., Могиленець О.І.

Пандемія ВІЛ-інфекції/СНІДу є однією з глобальних проблем нашого часу та важливішою проблемою світової системи охорони здоров'я. Щорічно близько 2,7 млн. осіб стають інфікованими та близько 2,5 млн. помирають від цього захворювання [1–4]. За останні роки в Європі спостерігається зростання кількості ВІЛ-інфікованих за рахунок збереження високого темпу епідемії в країнах Східної Європи. Україна - одна з країн Європи, яка очолює сумний рейтинг за кількістю виявлених ВІЛ-інфікованих та осіб, які захворіли на СНІД та померли від цієї хвороби [5]. В Україні в останні роки гостро стоїть питання раннього виявлення та