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. Craxi A. Клинические рекомендации EALS: ведение больных с инфекцией, вызванной вирусом гепатита С / A. Craxi // 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 / M. Ziol, A. Handra-Luca, A. Kettaneh [et al.] // Hepatology. – 2005. – Vol. 41. – P. 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. – P. 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 – новий 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 whithout hepatic fibrosis by a simple predictive model / X. Forns, S. Ampurdanes, J.M. Llovet [et al.] // Hepatology. – 2002. – Vol. 36. – P. 986–940.

9. Diagnostic value of serum type IV collagen test in comprassion with platet 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. – P. 777–781.

10. Prospective comparison of transient elastorraphy, 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. – P. 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. – P. 1147–1171.

ПРИНЦИПИ РАННЬОЇ 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

реєстрації ВІЛ-позитивних осіб для ефективного клініко-імунологічного та вірусологічного моніторингу та раннього призначення лікування. Отже підготовка кваліфікованих лікарів-інтернів потребує їх всебічної обізнаності щодо клінічних симптомів, діагностики, терапії та профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Мета роботи: оптимізація ранньої діагностики ВІЛ-інфекції шляхом моніторингу осіб, які належать до клінічних груп ризику. Для вивчення поширеності ВІЛ-інфекції серед хворих із ВІЛ-індикаторними захворюваннями нами було обрано наступні групи патології: парентеральні вірусні гепатити (ВГ) (гострі та хронічні гепатити В, С, вірусні цирози); мононуклеоз і мононуклеозоподібні стани; стани, що супроводжуються лейкопенією або тромбоцитопенією; зостер-інфекція в осіб молодше 65 років; себорейний дерматит, різні недиференційовані екзантеми; захворювання, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ); лімфопроліферативні захворювання; диспласії та рак шийки матки.

Дослідження крові пацієнтів на ВІЛ-інфекцію проводилося методом ІФА з використанням тест-систем ДІА ВІЛ Діапром Мед м. Київ. Крім того для скринінгу в умовах стаціонару застосовували швидкі тести виробництва Фармаско. Верифікація виконувалася в лабораторії ОЦПБС м. Харкова. Обстеження проводилося відповідно до нормативно-правових актів та існуючих інструктивних матеріалів зі збереженням добровільності. Визначення імунологічних показників проводилося за допомогою моноклональних антитіл на проточному цитофлуориметрі.

В Обласній клінічній інфекційній лікарні м. Харкова та Обласному гепатологічному центрі були обстежені хворі на гострі та хронічні ВГ В, С, вірусні цирози печінки. За період з 2007 до 2011 року був обстежений 661 хворий. Діагноз ВІЛ-інфекція встановлений у 22 хворих (3,33±1,4%, p=0,05), частота позитивних результатів дослідження на ВІЛ серед хворих на ВГ В і С коливалася від 1,14% до 5,22% в різні роки дослідження. При аналізі соціально-демографічних показників, було встановлено, що більшість хворих складали чоловіки (58,7±3,8%). Домінували пацієнти віком від 18 до 37 років. Середній вік хворих з парентеральними ВГ склав 28,2±4,5 років. 68,5% хворих офіційно не працювали. У 10,1% хворих установлений факт активного ін'єкційного споживання наркотичних речовин, а у 12,0% хворих ін'єкційна наркоманія була в анамнезі. Статевий шлях інфікування визначався у 20% пацієнтів. Слід зазначити, що лише 5,0% хворих були раніше обстежені на ВІЛ-інфекцію. Ця група хворих складалася з жінок віком до 32 років, які обстежувалися на ВІЛ-інфекцію з приводу вагітності.

При проведенні аналізу ВІЛ-позитивних осіб, які були виявлені при скринінгу групи хворих на парентеральні ВГ, було виявлено, що в цій групі переважають чоловіки (54,6%), з яких 22,7% раніше перебували в місцях позбавлення волі. Крім того, у 27,3% хворих було виявлено ко-інфекцію ВІЛ з ВГ С і В. У 1 (4,5%) випадку діагностовано цироз печінки. Усі ці хворі раніше не обстежувалися на ВІЛ-інфекцію. У 15% хворих спостерігалися ЗПСШ.

Аналіз клінічних проявів ВІЛ-інфекції у хворих із вперше встановленим діагнозом показав, що у 13 (59,1%) хворих на ВІЛ-інфекцію визначалися стадії з рівнем CD4+ клітин більше 350 клт/мм^3. Таким чином, дослідження на ВІЛ у хворих на ВГ С і В дозволяє встановити діагноз на ранній стадії захворювання.

Обстеження 253 хворих на мононуклеоз або мононуклеозоподібні стани (синдром генералізованої лимфоаденопатії) у 17 пацієнтів (6,7±3,1)% установило ВІЛ позитивний статус. Більшість хворих складали чоловіки (52,8±4,7)%, домі-

нували пацієнти віком 18–20 років. Середній вік хворих на мононуклеоз склав 18,7±3,1 роки. З цього контингенту осіб 58,3% хворих були студентами або учнями. Серед цієї групи хворих у 4,3% був установлений факт ін'єкційного споживання наркотичних речовин. У 2,5% пацієнтів визначалися в анамнезі ЗПСШ.

При клініко-імунологічному дослідженні ВІЛ-позитивних хворих із цієї групи було встановлено, що більшість хворих мали 2-у, 3-ю групу за класифікацією CDC, тобто кількість CD4+ клітин менше 350 клт/мм^3. Слід зазначити, що у 11,8% вдалося встановити діагноз ВІЛ-інфекції на стадії гострого захворювання, але залишається значна група осіб з рівнем Т-хелперів нижче 200 клт/мм^3 (хворі зі стадіями А3, С3), яка склала 17,7% хворих.

З 2010 року в стаціонарах Харківської області розпочато тестування на ВІЛ-інфекцію хворих із лімфопроліферативними захворюваннями, раком і дисплазіями шийки матки та анальної ділянки (РД), оперізувальним лишаєм, невизначеними дерматитами та себорейним дерматитом, ураженнями крові (лейкопенії, тромбоцитопенії та анемії). З початку 2011 року також на ВІЛ-інфекцію обстежуються хворі на менінгіти та менінгоенцефаліти. Серед хворих на ЛПЗ та оперізуючий герпес антитіла до ВІЛ знайдено у 2% пацієнтів.

Частіше ВІЛ-інфекцію було діагностовано у хворих на РД та у пацієнтів з ураженнями шкіри, такими як себорейний дерматит або інші недиференційні екзантеми. При обстеженні 228 осіб із ВІЛ-індикаторними захворюваннями встановлено ВІЛ-позитивний статус у 7 пацієнтів (3,1±2,2)%. При обстеженні хворих із лейкопенією, тромбоцитопенією та анемією у 3,7% пацієнтів установлений ВІЛ-позитивний статус. Аналіз даних анамнезу встановив, що 29% хворих з цієї групи отримували стаціонарне лікування, але слід зазначити, що лише 7,0% хворих із досліджуваної групи раніше обстежувалися на ВІЛ-інфекцію.

Загальний аналіз результатів обстеження 1142 осіб із ВІЛ-індикаторними захворюваннями встановив ВІЛ-інфекцію у 46 (4,0±0,34)%, ($p<0,05$) пацієнтів. У 9 (19,6%) хворих із ВІЛ-інфекцією рівень CD4+ клітин перевищував 400 клт/мкл. Рівень CD4+ 350–200 клт/мкл визначався у 30 (65,2%) пацієнтів. СНІД було діагностовано у 7 (15,2 %) випадках. На ранній стадії, тобто при рівні CD4+ клітин вище 350 клт/мм^3, діагноз ВІЛ-інфекція було встановлено в 30 (65,2%) хворих.

Таким чином, скринінгове дослідження обраних груп пацієнтів із ВІЛ-індикаторними захворюваннями дозволяє встановити діагноз на ранніх стадіях у третини хворих. Додатковими критеріями для обстеження на ВІЛ-інфекцію є наявність парентеральних ВГ, раку і дисплазії шийки матки та анальної ділянки, оперізуючого лишаю, лейкопенії, тромбоцитопенії, мононуклеозу і мононуклеозоподібного стану, а також факт прийому внутрішньовенних наркотиків, наявність ЗПСШ в анамнезі.

Література

1. Характеристика эпидемии ВИЧ-инфекции в Украине / В.Н. Козько, М.И. Краснов, Е.В. Юрко, Т.В. Давыдова / Провізор. – 2010. – № 23. – С. 7–12.

2. Johnson M. Definition and epidemiology of late presentation in Europe / M. Johnson, C. Sabin, E. Girardi // Antiviral Therapy. – 2010. – Vol. 15. – Suppl. 1. – P. 3–8.

3. Early initiation of treatment for HIV infection / A. Phillips, D. Costagliola, C. Sabin, J. Sterne / Lancet. – 2010. – Vol. 375. – P. 639.

4. Hamers F.F. Diagnosed and undiagnosed HIV-infected populations in Europe / F.F. Hamers, A.N. Phillips / HIV Medicine. – 2008. – Vol. 9. – P. 6–12.

5. Щербінска А.М. Методичні аспекти проблеми ВІЛ/СНІД в Україні. / А.М. Щербінска / Мистецтво лікування. – 2006. – № 2. (28). – С. 14–16.

ВИКОРИСТАННЯ ПЕДАГОГІЧНОЇ СПАДЩИНИ ВЧЕНИХ-МЕДИКІВ ХАРКІВЩИНИ В НАВЧАННІ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ

Кравчун П.Г., Шелест О.М., Ковальова Ю.О.

Постановка проблеми в загальному вигляді. Підвищення якості наукової й практичної підготовки лікарів-інтернів має посилатися на історико-педагогічний підхід, у межах якого вивчається педагогічна спадщина харківських учених-лікарів, яка не втратила свого значення й дозволяє визначити наступність у підготовці компетентних медичних кадрів, а також виявити можливості щодо модернізації змісту медичної освіти, вдосконалення її форм і методів. «Щоб упевнено рухатися вперед, щоб ясніше розуміти шляхи, які пройдено, розуміти, треба знати своє минуле, бо саме доля рідного народу, його духовні надбання, його творчий шлях, професійне самовдосконалення виступають тим багатющим джерелом, з якого необхідно черпати сили й надбання» (А.Я. Циганенко).

Аналіз матеріалів публікацій, на які посилається автор. У працях педагогів-лікарів минулого відбиті основні ідеї організаційно-педагогічного забезпечення професійної підготовки медиків [1; 3–6].

Формулювання цілей та постановка завдання – вивчення і використання педагогічної спадщини вчених-лікарів Харківщини в навчанні лікарів-інтернів.

Виклад основного матеріалу. В інтернатурі лікарі набувають нових практичних знань і вмінь з медичної справи, педагогічної діяльності. Використання в навчанні педагогічної спадщини вчених-лікарів Харківщини розширює науково-педагогічний досвід лікарів-інтернів, збагачує їх особистісно-професійний потенціал новими перспективними ідеями. Так, аудиторія, у якій читав *лекції* Б.В. Альошин, завжди була заповнена не тільки студентами молодших, але й старших курсів, а також слухачами з інших вищих навчальних закладів. Ця особлива тяга молоді пояснювалася в першу чергу манерою читання лекції, що змушує осмислено слідкувати за лектором від поверхового явища до його суті, і більш того, продовжувати думати і міркувати про почуте ще довго після закінчення лекції. Іншою особливістю лекцій була постійна подача нової інформації, яка не наводиться в підручнику [2].

У педіатричній діяльності В.О. Бєлоусов [2] був чудовим методистом і педагогом. При читанні лекцій він вміло поєднував елементи детального клінічного розбору хворих з теоретичними питаннями. Його лекції завжди мали виховний характер від зовнішнього вигляду професора до досконалого знання матеріалу і багатого досвіду лікаря-клініциста.

В.Я. Данилевський [4] відзначав, що лекції мають давати керівні пояснення, узагальнення, цікаві та повчальні співставлення різних фактів, теорій, методів, історичний розвиток науки, ознайомлення з видатними явищами наукової літератури. Усе це не тільки оживлює виклад, але й різнобічно знайомить студентів із життям науки, її розвитком, а не тільки із викладом результатів наукових досліджень, що наводяться в підручнику. Зазвичай підручники цього не дають, бо їх автори задаються більш простим завданням: рівномірно, коротко й повно викласти конкретний зміст науки в її сучасному стані. Матеріали з історії медицини поглиблюють зміст підручника та роблять його цікавим для студентів.