

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ СЫВОРОТОЧНЫМ СОДЕРЖАНИЕМ ТРАНСФОРМИРУЮЩЕГО ФАКТОРА РОСТА-ВЗ И ВЫРАЖЕННОСТЬЮ ЦИТОЛИЗА У HCV-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Горелова И.С., Скляр Л.Ф., Клепцова И.П., Печеркина М.И.
БУЗ «Краевая клиническая больница №2», г.Владивосток, Россия

Цель исследования: изучить содержание трансформирующего фактора роста-β3 (ТФР-β3) в сыворотке крови у пациентов с HCV-инфекцией во взаимосвязи с выраженностью цитолиза.

Материалы и методы: проведено комплексное клиничко-лабораторное обследование 81 пациента (56 женщин и 25 мужчин) с HCV-инфекцией в возрасте от 23 до 60 лет (средний возраст 44,4±9,9 лет). Противовирусную терапию пациенты не получали. Вирусологический диагноз устанавливали на основании совокупности методов ИФА и ПЦР. Уровень ТФР-β3 в сыворотке крови определяли методом твердофазного ИФА с использованием диагностических наборов (R&D Diagnostics Inc., USA) с чувствительностью 1 пг/мл. Контрольную группу составили 22 клинически здоровых добровольца в возрасте от 20 до 55 лет (средний возраст 38,4±11,04 лет). Математическая обработка полученных результатов проводилась с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0.

Результаты: сывороточный уровень АЛТ при HCV-инфекции в 18 случаях (22,2%) не превышал норму, у большинства обследованных пациентов (43 чел., 53,1%) имелось повышение активности АЛТ в пределах 2-3-х норм, цитолиз более трех норм АЛТ был определен в 20 случаях (24,7%). Среднее значение ТФР-β3 при отсутствии цитолиза (АЛТ ≤ N) составило 39,2±5,3 пг/мл, при АЛТ < 3N – 27,3±2,8 пг/мл и при АЛТ ≥ 3N – 21,4±1,7 пг/мл, что достоверно отличалось от нормальных величин (p<0,05).

При этом следует отметить, что концентрация ТФР-β3 была почти в 3,5 раза ниже у пациентов с отсутствием цитолиза в сравнении с контролем (39,2±5,3 пг/мл против 131,6±7,3 пг/мл, p<0,001). Однако, при оценке взаимосвязи между содержанием ТФР-β3 и уровнем АЛТ не обнаружено статистически значимых корреляционных связей (r_s= -0,37, p=0,331).

Таким образом, нами зарегистрировано снижение сывороточной концентрации ТФР-β3 с нарастанием цитолиза у HCV-инфицированных пациентов. Полученные результаты, на наш взгляд, могут свидетельствовать о том, что ТФР-β3 оказывает свои биологические эффекты не на системном, а на локальном уровне, в органе-мишени, при HCV-инфекции.

ВОЗМОЖНА ЛИ ЭФФЕКТИВНАЯ ПРОТИВОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНТЕРФЕРОНОВ У БОЛЬНЫХ ХГ-С СОПУТСТВУЮЩИМ ТЯЖЕЛЫМ ПСОРИАЗОМ?

Серов Н.А.
УГМУ Екатеринбург, Россия

Псориаз является одним из относительных противопоказаний для проведения интерферон-терапии больным хроническим гепатитом С (ХГ-С). Представляем клинический случай успешного лечения большого ХГ-С на стадии цирроза печени с формированием УВО и последующей длительной ремиссии псориазического дерматита.

Больной Б 65 лет. Страдает непрерывно-рецидивирующей кожной формой псориаза более 25 лет, возникшей после стрессовой ситуации. В 2002 г. выявлены аHCV. В противовирусной терапии (ПВТ) отказано в связи с псориазом. Позднее установлен HCV-ассоциированный цирроз печени, спленомегалия, гиперспленизм с изолированным снижением числа тромбоцитов. Эластография печени: F-4 metavir M=53,5 кПа, генотип 3a, низкая вирусная нагрузка. АЛТ- 156Е/л, АСТ-122Е/л. Альбумин, МНО, билирубин в пределах нормы. На коже туловища, конечностей, локтей –множественные псориазические бляшки. С 07 2012 по 12 2012 проведен 24 недельный курс ПВТ по протоколу Пегинтерферон 120 мкг/нед +рибавирин 800мг/сут. В ходе ПВТ достигнуты быстрый и затем устойчивый вирусологические ответы, коррекции доз препаратов не проводилось. В целом лечение перенес удовлетворительно. Гематологических корректоров не назначалось. В ходе ПВТ проявления псориаза усилились, но использовались только обычно назначаемые крема. У пациента стойко нормализовались показатели АЛТ, АСТ, через 1,5 года при повторной эластографии М снизился с 53,2 до 27 кПа, сохранялась умеренная тромбоцитопения (55- 80 x 10⁹/л)

В начале 2014 г.после сезонного обострения в условиях морского климата, проявления псориаза полностью исчезли и в течении 2014г. до настоящего времени отсутствуют. Ремиссия сохраняется более 6 месяцев на фоне общего удовлетворительного состояния.

ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С НА ФОНЕ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ

Козько В.Н., Бондарь А.Е., Соломенник А.О., Сохань А.В., Анцыферова Н.В., Пеньков Д.Б., Котелевская В.И.
Национальный медицинский университет, Харьков, Украина

При проведении комбинированной противовирусной терапии больным хроническим гепатитом С (ХГС) препаратами пегилированного интерферона и рибавирином наиболее актуальными побочными эффектами являются гематологические нарушения. Развитие цитопений ухудшает качество жизни пациентов, требует коррекции доз препаратов и, как следствие, снижает частоту достижения устойчивого вирусологического ответа.

Цель исследования: оценить гематологические нарушения у больных ХГС на фоне противовирусной терапии (ПВТ).

Объект и методы исследования. Обследовано 59 больных ХГС, которым проводилась ПВТ пегилированным интерфероном и рибавирином. Среди них мужчин 36 (61%), женщин - 23 (39%). Средний возраст составил 30,3 ± 2,9 лет. 1 генотип HCV наблюдался у 34 (57,6%) больных, 2 или 3 - у 25 (42,4%). Диагноз был установлен на основании общепринятых клиничко-анамнестических и лабораторных данных. Стадию фиброза печени определяли по шкале METAVIR с помощью Фибротеста (Biorpredictive, Франция) и соноэластографии печени с помощью прибора Ultrasound Diagnostic Scanner Hitachi Hi vision Avius 2013 (Япония).

Результаты исследования. Гематологические нарушения на фоне ПВТ регистрировались у 47 (79,7%) больных: анемия - 21 (35,6%), нейтропения - 46 (77,9%), тромбоцитопения - 27 (45,8%). Комбинированная цитопения наблюдалась у 28 (47,5%) пациентов. Наиболее выраженные гематологические нарушения регистрировались у всех больных со стадией фиброза печени F3- F4.

Выводы. Гематологические нарушения на фоне ПВТ регистрируются у 47 (79,7%) больных ХГС, что требует тщательного мониторинга и их коррекции. Наиболее выраженные гематологические нарушения наблюдаются у больных со стадией фиброза печени F3- F4.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СТАТИЧЕСКОЙ ГЕПАТОСЦИНТИГРАФИИ В РАСПОЗНАВАНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА И ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Козько В.Н.¹, Меркулова Н.Ф.¹, Ткаченко В.Г.¹, Градиль Г.И.¹, Соломенник А.О.¹, Лавров Ф.Д.¹, Паскевич О.И.¹, Викман Я.Э.¹, Васильев Л.Я.²

¹ *Национальный медицинский университет, Харьков, Украина*
² *ГУ "Институт медицинской радиологии им. С.П. Григорьева НАМН Украины", Харьков, Украина*

Парентеральные гепатотропные вирусы остаются в числе ведущих причин хронических гепатитов (ХГ) и циррозов печени (ЦП). Благодаря использованию современного высокоинформативного диагностического оборудования и методов количественной и качественной оценки поражений паренхимы печени, индикации показателей вирусной агрессии органа, достигнуты значительные успехи в диагностике ХГ и ЦП вирусной этиологии. В ряде случаев эти поздние стадии поражения печени, особенно с умеренно выраженными морфологическими и функциональными изменениями органа, трактуются неоднозначно, что отражается на сроках начала терапии и прогнозировании исходов.

В основе радиоизотопной скintiграфии печени использован принцип фагоцитарного захвата клетками ретикуло-эндотелиальной системы (РЭС) печени и селезенки меченых коллоидных частиц после внутривенного их введения, скорость накопления которых отражает состояние внутриоргана кровотока, структуру и функцию органа.

Обследовано 16 пациентов с маркерами HBV, HCV, HDV-инфекции (8 мужчин и 8 женщин в возрасте от 26 до 67 лет, средний возраст 39,9±11,01 лет). С помощью гамма-камеры ГКС-301Т ("Тамара") получали изображение печени и селезенки с регистрацией излучения от избирательно накапливающегося в этих органах радиофармпрепарата (РФП) технефита 99Тс («Радиопрепарат», Узбекистан). Сцинтиграфические признаки патологии печени выявили у 12 (75%) обследованных: у 5 (31,3%) – умеренную активизацию РЭС селезенки или признаки диффузной патологии печени, у 6 (37,5%) – неравномерное распределение РФП, у 4 (25%) – сцинтиграфические признаки ЦП (у 2 пациентов диагностирован впервые), в том числе слабоинтенсивная фиксация и неравномерное распределение РФП в печени выявили у 2 (12,5%), спленомегалию и повышение фиксации РФП в селезенке в 3 (18,8%) случаях.