

*Досягнення
і проблеми
клінічної
інфектології*

Матеріали
науково-
практичної
конференції
і пленуму
Асоціації
інфекціоністів
України

*21-22 травня
2008 року,
м. Тернопіль*

Таким чином, у хворих на хронічний гепатит С на тлі вживання наркотичних речовин відмічали достовірне збільшення кількості осіб із УЗ-ознаками жирової інфільтрації печінки, збільшення діаметру v. portae і зниження середньої лінійної швидкості портального кровотоку. Ці дані можуть свідчити про більш глибоке ураження паренхіми печінки і, як наслідок цього, збільшення периферичного опору тканин, що призводить до посилення явищ портальної гіпертензії та уповільнення середньої лінійної швидкості портального кровотоку.

О.А. Голубовська, А.В. Шкурба

ЗМІНИ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ КАРТИНИ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ГЕПАТИТ С У ПОЄДНАННІ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,
м. Київ

Найбільшу небезпеку з вірусних гепатитів несе гепатит С (ГС), тому що тривала відсутність клінічної маніфестації цього захворювання більш ніж у 90 % хворих утрудняє його своєчасну діагностику. Важливу роль у діагностиці приділяють морфологічним дослідженням, адже без гістологічної верифікації ступеня активності процесу в печінці клінічний діагноз вважається недостатньо переконливим, тобто не вдається чітко визначити характер і тривалість специфічної противірусної терапії, а отже й її ефективність. Доволі значну інформацію про морфологічну структуру печінки може дати пункційна біопсія, але її застосування обмежене через низку причин (хірургічні оперативні складності, технічні невдачі, протипоказання до проведення біопсії, негативне відношення хворих до цієї процедури). Усе це диктує необхідність пошуку альтернативних методів визначення ступеня ураження печінкової паренхіми.

З усіх неінвазивних методів діагностики найбільш принадну інформацію про структуру печінки, ступінь і поширеність ура-

ження паренхіми органу, зміни гемодинаміки в судинах черевної порожнини й печінки може дати тільки сучасне комплексне ультразвукове дослідження (УЗД) печінки. Основною перевагою цього виду дослідження є його абсолютна безпечність і відсутність будь-яких протипоказань до дослідження.

У теперішній час значного поширення в людській популяції набув метаболічний синдром. Він характеризується порушенням вуглеводного обміну у вигляді зниження толерантності до глюкози і підвищення резистентності тканин до інсуліну, абдомінальним типом ожиріння, атерогенною дисліпідемією та артеріальною гіпертензією. У печінці осіб з метаболічним синдромом виявляється жировий стеатоз різного ступеня поширення, іноді аж до розвитку так званого неалкогольного стеатогепатиту. Як відомо, при 3-му генотипі вірусу ГС відбувається частий розвиток стеатозу. Саме з його виразністю пов'язують слабкість вірусологічної відповіді на специфічну терапію ГС. Тому інфікування особи з метаболічним синдромом вірусом ГС (ВГС) має, за логікою, призвести до значного розвитку стеатозу печінки.

Нами проведено сучасне комплексне УЗД зі застосуванням 3D-реконструкції з PD-режимом у 33 хворих на ГС на тлі метаболічного синдрому. У 21 (63,6 %) пацієнта визначено 3-й генотип ВГС, а у 12 (36,4 %) – 1-й генотип. Таке ж УЗД проведено у 36 осіб з метаболічним синдромом, не уражених ВГС (контрольна група).

Основна ознака жирового стеатозу печінки – неоднорідність паренхіми через дистальне затухання ультразвуку – мала місце в усіх обстежених, однак у хворих з 3 генотипом її виразність статистично не відрізнялась від такої у хворих контрольної групи. Не виявлено статистичних розбіжностей у показниках дистального затухання ультразвуку у хворих на ГС і контрольної групи. При 3D-візуалізації тканини печінки із застосуванням PD-режиму відзначено виражене зниження індексу плинності у хворих основної групи, а зміна індексів васкуляризації й кровотоку була статистично недостовірною. При 3D-візуалізації ділянки печінки у хворих основної групи чітко простежується жирова

інфільтрація, що виглядає як гіпоехогенні краплинні включення, на фоні яких визначаються ділянки фіброзу печінки. У хворих контрольної групи ділянки фіброзу практично не виявляли.

Таким чином, у хворих на ГС з метаболічним синдромом УЗ-ознаки стеатозу печінки виражені помірно, є чітко визначені ознаки фіброзу. Не виявлено збільшення ступеня стеатозу у хворих на ГС з 3 генотипом вірусу і метаболічним синдромом відносно контрольної групи. На тлі стеатозу при метаболічному синдромі при ГС виражено ознаки порушення реології крові у судинах печінки.

І.Г. Грижак, Б.М. Дикий, О.Я. Пришляк, Р.С. Остяк

ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА СНІД

Медичний університет, Центр профілактики і боротьби зі СНІДом, м. Івано-Франківськ

Проблема кваліфікованої та спеціалізованої допомоги ВІЛ-інфікованим особам в Україні зростає разом зі збільшенням їх числа. Згідно з наказом МОЗ України № 120 від 25.05.2000 р., медична допомога ВІЛ-інфікованим надається в амбулаторних і стаціонарних відділеннях центрів профілактики і боротьби зі СНІДом (ЦПБС). Стаціонарні відділення в одних областях створені на базах інфекційних лікарень чи відділень (18), на базі багатопрофільної клініки в м. Києві (1), психіатричної лікарні (1); власні стаціонари мають центри в 3 областях, а в 3 – їх ще не створено.

Допомога ВІЛ-інфікованим особам із туберкульозом, онкопатологією, зі залежністю від психотропних речовин та акушерсько-гінекологічна надається у відповідних профільних закладах. У разі появи захворювань, причиною яких є не ВІЛ, медична допомога надається на загальних підставах. Таким чином, пацієнти з ВІЛ-позитивним статусом можуть знаходитися в різноманітних клініках, з ними стикаються фахівці всіх медич-