

**МІНІСТЕРСТВО ОБОРОНИ УКРАЇНИ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ГОЛОВНИЙ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНИЙ
КЛІНІЧНИЙ ЦЕНТР "ГВКГ"**

**СУЧАСНІ АСПЕКТИ
ВІЙСЬКОВОЇ МЕДИЦИНИ**

**ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ
ГОЛОВНОГО ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОГО
КЛІНІЧНОГО ЦЕНТРУ "ГВКГ" МО УКРАЇНИ**

Випуск 13



Київ - 2008

датковим, поряд із цитопатичною дією вірусу гепатиту В, навантаженням — антигенами гельмінтів.

Висновки

У хворих на гострий вірусний гепатит В із супутніми інвазіями нематодами відзначаються більш глибокі порушення клітинної ланки імунітету, що особливо яскраво виражено в пригніченні субпопуляції супресорних клітин. Супутні інвазії гельмінтами призводять до алергізації організму та імуносупресії, що може призводити до затяжного, рецидивуючого та хронічного перебігу гепатиту В.

Література

1. Возианова Ж.И. Инфекционные и паразитарные болезни. Т.1 — Киев, 2000. — 903 с.
2. Гельминтозы у детей. Крамарев С.А., Ершова И.Б., Бондаренко Г.Г. — Киев—Луганск: Луганский государственный медицинский университет, 2006. — 128 с.
3. Бодня К.І., Холтобіна Л.В. Аскаридоз. Навчальний посібник. — Харків: ХМАПО, 2004. — 36с.
4. Chizari F.V., Ferrari C. Hepatitis B virus immunopathogenesis. *Annu Rev Immunol.* 1995;13:29-60
5. Baron J.L., Gardiner L., Nishimura S., Shinkai K., Locksley R., Ganem D. Activation of a nonclassical NKT cell subset in a transgenic mouse model of hepatitis B virus infection. *Immunity* 2002;16:583-94

Особенности вирусологического и биохимического ответа на специфическую противовирусную терапию больных хроническим вирусным гепатитом С и метаболическим синдромом

О.А. ГОЛУБОВСКАЯ

(Киев)

Метаболический синдром (МС) — это сочетание различных метаболических нарушений и/или заболеваний, являющихся факторами риска раннего развития атеросклероза и сердечно-сосудистых заболеваний. К таким факторам относятся: абдоминально-висцеральное ожирение, инсулинорезистентность и компенсаторная гиперинсулинемия, дислипидемия, артериальная гипертензия, нарушение толерантности к глюкозе и сахарный диабет 2 типа, ранний атеросклероз (ИБС), гиперурикемия и подагра, микроальбуминурия, гиперандрогения, жировая болезнь печени и обструктивные апноэ во сне.

По данным различных авторов, распространенность МС у лиц старше 30 лет составляет до 30%. Исследования последнего десятилетия существенно расширяют список патологии, связанной с МС. Отмечается сочетание его с поражением печени, эндотелиальной дисфункцией, синдромом поликистоза яичников, повышением маркеров воспаления.

Наличие стеатоза печени как проявления МС является независимым фактором не только прогрессирования фиброза, но и устойчивости к специфической противовирусной терапии (ПВТ).

Целью нашей работы было изучение динамики вирусологического и биохимического ответа на специфическую противовирусную терапию у больных с ХВГС в сочетании с МС.

Материалы и методы

На кафедре инфекционных болезней НМУ под наблюдением находилось 48 больных ХВГС и сопутствующим МС, которые составили 1 группу обследованных больных. Во 2 группу вошли больные с ХВГС без признаков МС (32 больных). Всем больным проводилось полное обследование с определением биохимических показателей (АлАТ, АсАТ, триглицериды, ЛПВП, сахар крови, гликозилированный гемоглобин). Также методом молекулярно-генетического анализа определялся генотип вируса гепатита С, проводилось ультразвуковое исследование в режимах 2D — визуализации и 3D — визуализации с PD — режимом для определения стадии фиброза в печени, исследования проводились на ультразвуковом аппарате Voluson 730-Expert (Германия) с использованием линейных датчиков для 3D — визуализации частотой 3,5 мГц.

Результаты и их обсуждение

У 29(60,4%) больных 1 группы определялся 1 генотип вируса, у 19 (39,6%) — 3 генотип вируса. Во 2 группе больных у 20 (62,5%) определялся 1 генотип вируса, у 12 (37,5%) — 3 генотип вируса. У всех обследуемых больных при комплексном ультразвуковом исследовании определялся фиброз печени не более F3 по METAVIR.

Все больные получали стандартную (ПВТ) препаратами интерферона и рибавирином согласно международным рекомендациям по ведению больных с гепатитом С. В 1 группе больных ХВГС с 1 генотипом вируса ранний вирусологический ответ наблюдался у 11 (37,9%) больных, во 2 группе у больных этим же генотипом — у 14 (70%) больных. Биохимический ответ на лечение у больных 1 группы с 1 генотипом вируса наблюдался у 19 (65,5%), у больных 2 группы с этим же генотипом — у 15 (78,9%) больных.

В 1 группе больных с 3 генотипом вируса ранний вирусологический ответ был достигнут у 17 (89,5%) больных, во 2 группе с этим же генотипом — у всех больных. Биохимический ответ на лечение у больных 1 группы с 3 генотипом вируса наблюдался у 16 (84,2%) больных и у всех больных с этим же генотипом во 2 группе.

Таким образом, больные с ХВГС на фоне метаболического синдрома имеют несколько чаще замедленный вирусологический и биохимический ответ, чем больные без метаболического синдрома, что требует проведения коррекции в терапии для улучшения метаболических нарушений, связанных с МС.