

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Выполнение перibuльбарной анестезии с использованием нового доступа позволяет получить стойкий обезболивающий эффект, при этом отсутствует риск серьезных осложнений.

2. Разработанный метод выполнения перibuльбарной анестезии не требует проведения дополнительных обезболивающих инъекций, прост в исполнении.

3. Выполнение перibuльбарной анестезии с использованием нового доступа легко переносится пациентами. Обезболивание наступает в течение первых пяти минут.

4. Разработанный метод выполнения перibuльбарной анестезии обеспечивает анестезию до 6 часов, что позволяет пациенту комфортно себя чувствовать как во время проведения операции, так и после нее.

ЛИТЕРАТУРА

1. Малрой М. Местная анестезия. — М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2003. — 301 с.
2. Микрохирургия стекловидного тела и сетчатки: иллюстрированное руководство / Стив Чарльз, Хорхе Кальсада, Байрон Вуд; пер. с англ.; под ред. проф. А. Н. Самойлова. — М., 2012. — С. 73—79.
3. Тахчиди Х. П., Сахнов С. Н., Мясников В. В., Голенко-Ярошенский П. А. Анестезия в офтальмологии. — М.: МИА, 2007. — 552 с.

Контактная информация

Лопатин Михаил Александрович — врач-ординатор отделения анестезиологии и реанимации Волгоградского филиала ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С. Н. Федорова» Минздрава России, e-mail: m.lopatin@isee.ru

УДК 616.36-002:616.98-097-022

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С НА ФОНЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

И. В. Макарова, Е. А. Иоанниди

*Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра инфекционных болезней с эпидемиологией и тропической медициной*

Рассмотрены особенности клинико-лабораторного течения хронического гепатита С у ВИЧ-инфицированных пациентов. Установлено, что хронический гепатит С как ко-инфекция ВИЧ/СПИД имеет особенности клинико-лабораторных проявлений. Анализ биохимических показателей у больных хроническим гепатитом С выявил их зависимость от стадии ВИЧ-инфекции.

Ключевые слова: хронический гепатит С, ВИЧ-инфекция, ко-инфекция.

CLINICAL AND LABORATORY FEATURES OF CHRONIC HEPATITIS C IN HIV-INFECTED PATIENTS

I. V. Makarova, E. A. Ioannidi

In this article we consider the features of clinical and laboratory course of chronic hepatitis C in HIV-infected patients. It is established that chronic hepatitis C as a co-infection of HIV/AIDS, shows features of clinical and laboratory manifestations. An analysis of biochemical indices in patients with chronic hepatitis C has revealed their dependence on the stage of the HIV infection.

Key words: chronic hepatitis C, HIV-infection, co-infection.

Проблема ВИЧ-инфекции и СПИДа остается по-прежнему актуальной как в Российской Федерации, так и в Волгоградской области в частности [4]. Значительное место в общей патологии в нашей стране и за рубежом занимает вирусный гепатит, который наносит обществу существенный социально-экономический ущерб. Из известных в настоящее время типов вирусов гепатита человека (А, В, С, D, E, G, ТТ) особого внимания заслуживает гепатит С, отличающийся высоким потенциалом хронизации процесса с исходом в цирроз печени и гепатоцеллюлярную карциному [1, 2]. Занимая скромное

место в этиологической структуре острых вирусных гепатитов, он привлекает к себе пристальное внимание ввиду доминирующего положения среди гепатитов с парентеральным путем передачи, в том числе посттрансфузионных гепатитов. По некоторым оценкам до 500 млн человек во всем мире имеют хроническую HCV-инфекцию, которая приобретает все более выраженный социальный характер, с особой интенсивностью вовлекая в эпидемический процесс лиц в возрасте от 15 до 30 лет, что во многих случаях связано с внутривенным введением наркотических средств [3, 5].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучить клиническую картину и лабораторные показатели в двух группах больных: у пациентов с хроническим гепатитом С без ВИЧ-инфекции и больных хроническим гепатитом С на фоне ВИЧ-инфекции.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

В работе использованы истории болезни 36 пациентов, страдающих хроническим гепатитом С и 42 пациентов, страдающих хроническим гепатитом С на фоне ВИЧ-инфекции. Пациенты находились в стационаре Областной клинической инфекционной больницы № 1 Волгограда.

Комплексное обследование больных ВИЧ-инфекцией и гепатитом С включало в себя сбор анамнеза, клинический осмотр, лабораторные (клинические и биохимические анализы крови и мочи), серологические методы.

ВИЧ-инфекция подтверждена методом иммуноферментного анализа (ИФА) и иммунного блоттинга. Диагноз хронического гепатита С устанавливали при клинико-лабораторной симптоматике гепатита продолжительностью более 6 месяцев и выявлении антител к вирусу гепатита С в сыворотке крови методом ИФА и полимеразной цепной реакции (ПЦР) с определением генотипа и вирусной нагрузки. Для исключения сопутствующей вирусной инфекции в сыворотке крови больных определяли маркеры гепатитов А, Е, В, D, и G.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Среди 42 больных хроническим гепатитом С (ХГ С) на фоне ВИЧ-инфекции было 37 пациентов, не употребляющих наркотики. У 12 % больных хронический гепатит сформировался в исходе манифестных форм HCV-инфекции, у 87 % был впервые диагностирован в клинике. Среди них у 44 % больных заболевание было выявлено случайно (после обнаружения увеличенной печени, гиперферментемии, маркеров HCV-инфекции) во время обследования по поводу внепеченочной патологии или по контакту с больными вирусными гепатитами.

В результате клинико-лабораторного обследования было выявлено, что среди ко-инфицированных больных чаще выявлялся ХГ С с минимальной активностью процесса (59,7 %), у остальных пациентов преимущественно в стадии вторичных проявлений ВИЧ-инфекции был диагностирован гепатит умеренной и выраженной активности. В группе больных ХГ С без ВИЧ-инфекции также преобладала минимальная активность процесса (52 %), а умеренная составляла 28 %. У больных с наркотическим анамнезом хронический гепатит с умеренной активностью наблюдался чаще — в 38,4 %, выраженная активность гепатита наблюдалась у 20,3 %.

Все больные ХГ С получали базисную терапию, а 33 больных получали противовирусную терапию.

Характеризуя клинические проявления ХГ С у ко-инфицированных пациентов, следует учитывать стадию ВИЧ-инфекции. У больных в латентной стадии ВИЧ-ин-

фекции преобладали жалобы, характерные для абстинентного синдрома: общая слабость, нарушение сна, субфебрилитет, головная боль, боли в мышцах и суставах.

У 69 % больных наблюдалось снижение аппетита, 51,7 % больных беспокоили тяжесть и периодические боли в правом подреберье, только у 13,8 % выявлялась небольшая иктеричность кожи и склер. Практически у всех пациентов (93,1 %) пальпировалась увеличенная плотной консистенции печень. У ВИЧ-позитивных больных ХГ С, страдающих наркоманией, симптомокомплекс наркозависимости и сопутствующих ей заболеваний выходил на передний план, тем самым, маскируя проявления гепатита.

У больных ХГ С в IV стадии ВИЧ-инфекции чаще, чем в латентном периоде наблюдались слабость, недомогание (94,4 %), снижение аппетита и тошнота, чаще выявлялась умеренная желтуха (44,4 %). В то же время тяжесть в правом подреберье отмечали лишь 27,7 % больных. У значительного числа пациентов (77,8 %) на фоне вторичных заболеваний различной этиологии была выявлена лихорадка: с субфебрильными цифрами температуры 37—38 °С у 71,5 % из них и до 39 °С у 28,5 % больных. У всех ко-инфицированных больных определялась гепатомегалия и у 22,2 % — спленомегалия. У больных ХГ С в IV стадии ВИЧ-инфекции на специфические симптомы гепатита наслаивались разнообразная симптоматика сопутствующей патологии, выраженность которой определяла степень иммунодефицита.

Среди больных хроническим гепатитом С на фоне ВИЧ-инфекции лишь у 11,5 % пациентов в анамнезе были указания на перенесенный острый гепатит С в течение предшествующих 1—6 лет. У 30,5 % больных диагностирована латентная фаза болезни, протекающая субклинически с периодическим 2—3-кратным нарастанием аланинаминотрансферазы (АлАТ). 49,5 % больных имели клинически манифестную форму ХГ С, с различной выраженностью печеночных и внепеченочных проявлений гепатита.

Исследование содержания билирубина в данной группе в стадии обострения показало, что гипербилирубинемия выявлялась только у 44 % больных. Характерным для них являлся невысокий уровень билирубина и его фракций; общий билирубин ($46,0 \pm 2,21$) мкмоль/л, связанный — ($25,6 \pm 1,4$) мкмоль/л. Вне обострения показатели билирубина в обеих группах существенно не отличались от нормальных. Характерным признаком ХГ С являлась волнообразная гиперферментемия. В период обострения активность АлАТ у всех больных ХГ С была повышена, составляя в среднем $490,8 \pm 87,4$. В динамике уровень АлАТ значительно снижался ($96,1 \pm 15,5$), но все же 3-кратно превышал норму. У половины больных ХГ С в ремиссии также определялись 2—3-кратно повышенные показатели АлАТ, равные в среднем $67,5 \pm 8,1$.

Тимоловая проба при обострении ХГ С была увеличена и составляла ($8,4 \pm 0,3$) Ед. При последующем исследовании мы наблюдали снижение уровня тимо-

ловой пробы, однако ее средняя величина и к концу стационарного лечения статистически достоверно превышала норму ($p < 0,001$).

При исследовании белкового спектра крови в период обострения ХГ С на фоне ВИЧ-инфекции было выявлено достоверное снижение содержания общего белка, равное в среднем ($64,8 \pm 2,3$) г/л. Также наблюдалась тенденция к снижению альбуминов и увеличению уровня γ -глобулинов, составляющих $54,1 \pm 1,9$ ($p < 0,05$) и $23,5 \pm 1,8$ ($p < 0,001$) соответственно, подтверждая свойственную хроническому процессу диспротеинемию.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ клиники показал, что хронический гепатит С как ко-инфекция ВИЧ/СПИД имеет особенности клинико-лабораторных проявлений. Прогрессирование иммунодефицита в связи с ВИЧ-инфекцией утяжеляет клинику ХГС. Увеличение размеров печени у больных ХГС как моноинфекции встречается в 65,2 % случаев, у микстбольных в случаях ВИЧ-инфекции в стадии III — в 64,5 % случаев, а в стадии IV — в 90,0 % случаев.

Клинические проявления болезни выявлены у всех больных ВИЧ-инфекцией в сочетании с ХГ С среди тех, у кого диагностирована IV стадия ВИЧ-инфекции и у 2/3 больных среди тех, у кого ВИЧ-инфекция была в стадии III и с такой же частотой у больных ХГС. При клиническом обследовании больных ВИЧ-инфекцией в стадии III без ко-инфекции ХГС те или иные признаки болезни выявлены только у 23,1 % пациентов.

Анализ биохимических показателей у больных ХГ С выявил их зависимость от стадии ВИЧ-инфек-

ции: небольшие изменения в латентной стадии и более значительные сдвиги в стадии вторичных заболеваний, проявляющиеся выраженным цитолитическим и мезенхимально-воспалительным синдромами. Кроме того, по мере нарастания иммунодефицита усиливались явления белковой недостаточности, обусловленные, в том числе нарушением белковой синтетической функции печени на фоне хронического гепатита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белозеров Е. С. Медленные инфекции / Е. С. Белозеров, Ю. И. Буланьков, Е. А. Иоанниди. — Э.: Изд-во Джангар, 2009. — 316 с.
2. Вирусные гепатиты: клиника, диагностика, лечение / В. М. Волжанин [и др.] — М.: Фолиант, 2003. — 192 с.
3. Иоанниди Е. А., Чернявская О. А., Макарова И. В., Тимонова М. С. // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. — 2010. — № 1. — С. 70—74.
4. Покровский В. В. ВИЧ-инфекция и СПИД. Клинические рекомендации. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 192 с.
5. Рахманова А. Г. Хронические вирусные гепатиты и цирроз печени. — М.: Специальная литература, 2006. — 413 с.

Контактная информация

Макарова Инна Васильевна — к. м. н., ассистент кафедры инфекционных болезней с эпидемиологией и тропической медициной, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: mal55597@yandex.ru