

ветствовал среднемноголетним показателям, однако, в 2014 г. максимальный уровень регистрировался в сентябре.

Выводы

1. В Ростовской области отмечается тенденция к росту заболеваемости ОКИ, за исключением бактериальных инфекций. В структуре ОКИ удельный вес ОКИНЭ превышает удельный вес ОКИУЭ. В структуре кишечных заболеваний установленной этиологии по-прежнему преобладают бактериальные инфекции, удельный вес которых снизился на фоне выраженного роста удельного веса вирусных инфекций, что свидетельствует о применении более эффективных методов диагностики.

2. Необходимо внедрение новых диагностических возможностей в лабораториях системы эпидемиологического надзора, что позволит улучшить качество эпидемиологических исследований и повысить долю кишечных инфекций установленной этиологии.

3. Представленный материал изучения годовой динамики свидетельствует не только об объективном характере сезонности, но и об определенных закономерностях распределения заболеваемости при различных ОКИ на протяжении года.

4. Суммирование месячной заболеваемости по области в целом нивелирует заслуживающие внимания отклонения от «нормы», являющиеся результатом действия тех факторов, которые имели значение на отдельных территориях и в разные годы. Поэтому при анализе итоговых данных желательно сопровождать их составляющими. Расчет «типичной» сезонной кривой — не самоцель, а средство для вскрытия закономерности течения эпидемического процесса. Только оперируя многолетними средними данными можно выявить период наиболее высокой заболеваемости. Установление времени риска при различных кишечных инфекциях предполагает необходимость изучения ведущих факторов риска.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Онищенко, Г. Г.* Эпидемиологическое благополучие населения России / Г. Г. Онищенко // Журн. микробиологии. — 2013. — № 1. — С. 25–51.
2. *Сергеевич, В. И.* Острые кишечные инфекции. Проявления эпидемического процесса / В. И. Сергеевич // Врач. — 2013. — № 9. — С. 18–20.
3. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения Российской Федерации в 2014 г.»

УДК 612.141.19:616.36-002.2]:615.281.8

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ КОНЦЕНТРАЦИИ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С ПОД ВЛИЯНИЕМ КОМБИНИРОВАННОЙ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ

Саварина В. А.

Научный руководитель: д.м.н., профессор *Е. И. Михайлова*

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Проблема хронического вирусного гепатита С (ХВГС) представляет особый интерес для практического здравоохранения ввиду превалирования среди контингента пациентов лиц молодого и трудоспособного возраста, сравнительно поздней выявляемости данного заболевания ввиду маловыраженности его клиники, тяжести инвалидизирующих последствий и высокой стоимости терапии [1].

Липидный обмен в печени изменяется как под влиянием как самого гепатита, так и в результате проведения комбинированной противовирусной терапии (КПВТ) — на сегодняшний день самого прогрессивного метода лечения, представляющего собой сочетанный прием препаратов пегилированного интерферона-альфа и рибавирина. Данный метод позволяет добиться устойчивого вирусологического ответа (УВО) примерно в 40 % случаев при 1b генотипе HCV и в 80 % при 3 генотипе [2].

Изучение параметров липидного обмена как отражение процессов, происходящих в печеночной ткани под воздействием как самого заболевания, так и его терапии, является актуальным и малоизученным вопросом современной инфектологии.

Цель

Изучить вариабельность уровня общего холестерина (ОХ) в плазме крови у пациентов с ХВГС до, во время и после проведения КПВТ.

Материал и методы исследования

Было проведено ретроспективное исследование динамики уровня ОХ у 20 пациентов с ПЦР-верифицированным диагнозом ХВГС, получавших КПВТ препаратами рибавирина и пегилированного интерферона-альфа. Измерение концентрации ОХ проводилось до начала терапии, через 3 месяца после ее начала, через 6 месяцев и через полгода после окончания лечения. Продолжительность терапии составила 12 недель для пациентов с 3 генотипом вируса и 24 недели для пациентов генотипом вируса 1b. В качестве контрольной группы были привлечены 20 здоровых добровольцев, у которых не было анамнестических данных по обнаружению РНК HCV и (или) какого-либо клинически значимого хронического заболевания.

Статистическую обработку полученных результатов исследования проводили в операционной среде «WindowsXP» с использованием пакета прикладной программы «MedCalc», Бельгия. Оценка различий между двумя выборками парных измерений производилась с помощью критерия Вилкоксона, между двумя независимыми выборками — критерия Манна — Уитни. Статистически значимыми считали различия при уровне $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Уровень ОХ у пациентов с ХВГС на скрининге варьировал от 2,8 до 6,7 ммоль/л (Me = 4,35 ммоль/л, 95 % ДИ: 3,42–5,17) и был достоверно ниже ($P = 0,04$) по сравнению со значением данного показателя у здоровых добровольцев, у которых этот показатель изменялся от 3,3 до 7,5 ммоль/л (Me = 5,2 ммоль/л, 95 % ДИ: 4,31–6,35) (рисунок 1).

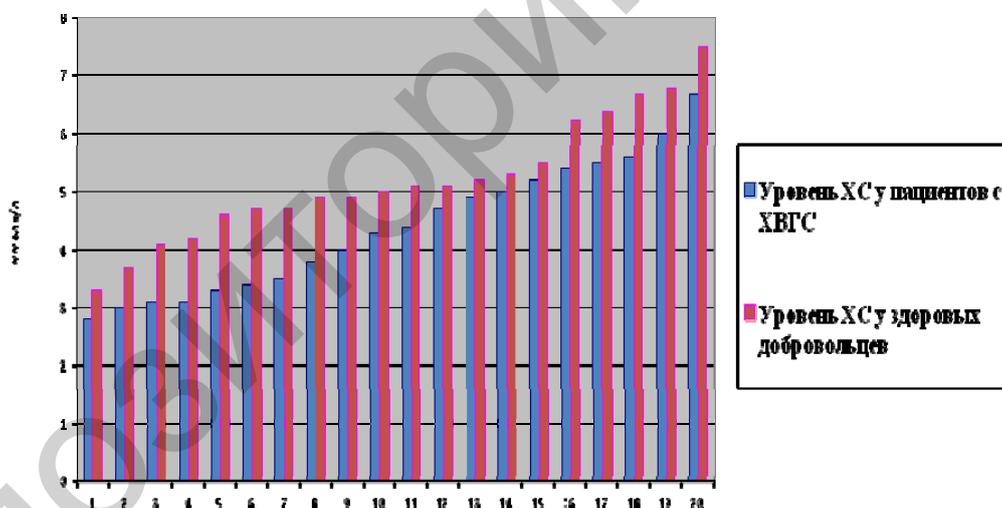


Рисунок 1 — Уровни ОХ на скрининговом визите у пациентов с хроническим вирусным гепатитом С и у здоровых добровольцев

Через 3 месяца после начала терапии уровень ОХ изменялся в пределах от 2,3 до 6,5 ммоль/л (Me = 4,5 ммоль/л, 95 % ДИ: 3,9–5,88) и имел тенденцию к росту, которая не достигла статистической значимости ($P = 0,25$), по сравнению со значением этого показателя на скрининге.

Уровень ОХ у пациентов с ХВГС через 6 месяцев после начала терапии был достоверно выше, чем на скрининге ($P = 0,03$), и варьировал от 2,0 до 6,9 ммоль/л (Me = 5,0 ммоль/л, 95 % ДИ: 3,68–6,08).

При визите последующего наблюдения через полгода после окончания КПВТ уровень ОХ в группе пациентов с ХВГС превышал таковой на скрининге ($P = 0,0016$) и изменялся от 3,3 до 6,7 ммоль/л (Me = 4,85 ммоль/л, 95 % ДИ: 3,7–6,22). УВО достигли 15 (75 %) человек (рисунок 2).

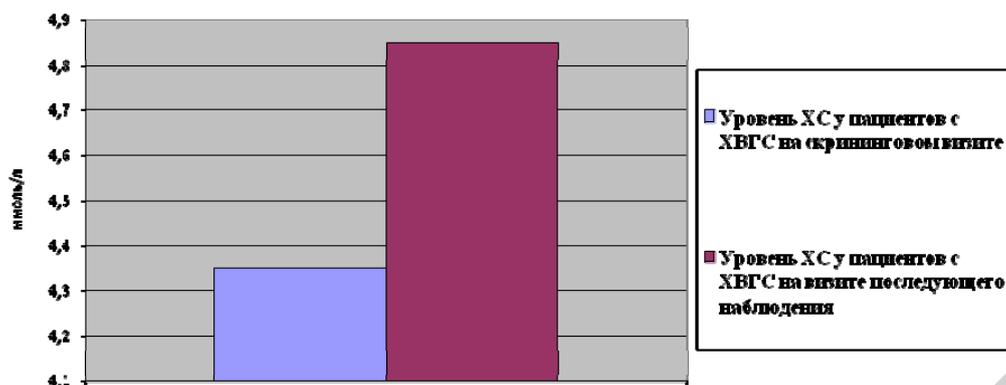


Рисунок 2 — Динамика изменений уровней общего холестерина у пациентов с хроническим вирусным гепатитом С на визите последующего наблюдения по сравнению со скрининговым визитом

Уровень ОХ у пациентов, впоследствии достигших УВО, на скрининге варьировал от 2,8 до 6,7 ммоль/л (Me = 4,7 ммоль/л, 95 % ДИ: 3,51–5,47) и не отличался ($P = 0,22$) от значения данного показателя у пациентов, не достигших УВО (Me = 3,5 ммоль/л). В течение КПВТ ОХ стал нарастать у пациентов, впоследствии достигших УВО (через полгода после окончания терапии Me = 5,8 ммоль/л, 95 % ДИ: 4,45–6,4, $P = 0,0049$), а у не достигших продолжал оставаться низким относительно уровня на скрининге (Me = 3,7 ммоль/л, 95 % ДИ: 3,91–6,47, $P = 0,13$).

Среди достигших УВО пациентов у 10 (66,66 %) уровень ОХ требовал коррекции гиполлипидемическими препаратами (рисунок 3).

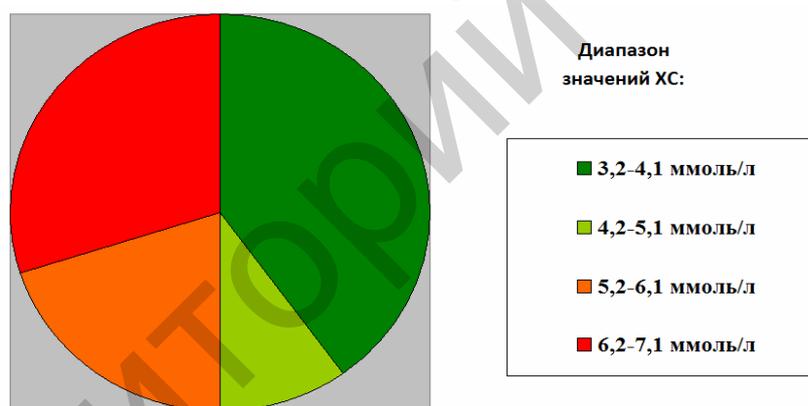


Рисунок 3 — Распределение значений уровней общего холестерина (ммоль/л) среди пациентов с хроническим вирусным гепатитом С на визите последующего наблюдения по сравнению со скрининговым визитом

Ассоциаций между исходными уровнями ОХ и исходом терапии выявлено не было.

Выводы

Установлено, что ХГВС приводит к снижению концентрации ОХ в плазме крови — вероятно, ввиду угнетения синтетической функции печени [3, 4]. По мере достижения пациентами УВО концентрация ОХ растет, в т. ч. до уровней, ассоциированных с повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний. Таким образом, необходим мониторинг изменений концентрации липидов у пациентов, достигших УВО по результатам проведения КПВТ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Инфекционные болезни: учебное пособие для медицинских вузов / В. И. Покровский [и др]. — 2-е изд. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 479 с.
2. Лопаткина, Т. Н. Лечение вирусного цирроза печени в исходе хронического гепатита С / Т. Н. Лопаткина // Лечащий врач. — 2005. — № 6. — С. 31–37.
3. Hepatitis C virus induced hypobetalipoproteinemia: a possible mechanism for steatosis in chronic hepatitis C / L. Serfaty [et al.] // J. Hepatol. — 2001. — № 3. — P. 428–434.
4. Nashaat, E. Lipid profile among chronic hepatitis C Egyptian patients and its levels pre and post treatment / E. Nashaat // Nature and Science. — 2010. — № 8. — P. 83–89.