

ISSN 2074-5044

ВОЕННАЯ МЕДИЦИНА

3/2015

честве жизни и фармакоэкономической составляющей терапии SAMe и будут проведены с учетом данных морфологического исследования. В настоящее время основания его использования в практической деятельности сомнительны, так как адеметионин не продемонстрировал значимого влияния на оцениваемые показатели, а также на количество потребляемого алкоголя (Rambaldi A, Gluud C., 2006).

Не получено однозначных данные о влиянии адеметионина на течение и исход вирусного гепатита С. Систематических обзоров без или с мета-анализами к настоящему времени не проведено, результаты имеющихся исследований противоречивы, а наблюдаемые некоторыми авторами открытых исследований позитивные изменения при этих болезнях могут быть объяснены не только метилированием белковых факторов транскрипции и чувствительностью к интерферону, но и влиянием адеметионина на внутриспеченочный холестаза, развитие которого характерно для интерферонотерапии. Уменьшение такого побочного эффекта интерферонов

позволяет провести полноценный курс противовирусной терапии и добиться лучших результатов (Бабак О. Я., 2005).

Таким образом, несмотря на достаточно большое количество исследований эффективности адеметионина, с точки зрения доказательной медицины говорить о целесообразности его обязательного назначения пациентам с инфекционными гепатитами, алкогольной болезнью печени и холестаза беременных преждевременно. Являясь средством симптоматического лечения, он способен уменьшить проявления холестаза и депрессии, улучшить качество жизни у этих пациентов, но его воздействие на более глобальные показатели (смертность общая, смертность вследствие гепатобилиарной патологии, прогрессирование фиброза) остается под вопросом.

Адеметионин имеет хороший терапевтический потенциал, основанный на многовекторном механизме действия, относительно безопасен, но по-прежнему нуждается в проведении высококачественных клинических исследований и работ их обобщающих.

И. В. Нагорнов, С. В. Губкин

ИСХОДЫ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ У ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА ЧЕРЕЗ 9 ЛЕТ ПОСЛЕ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА

*Кафедра военно-полевой терапии военно-медицинского факультета
в УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
3-я кафедра внутренних болезней
УО «Белорусский государственный медицинский университет»*

Хронический вирусный гепатит (ХВГ) – прогрессирующее заболевание печени, последней стадией которого является цирроз печени или гепатоцеллюлярная карцинома. Возможно также и благоприятное течение ХГ, к которым относятся выздоровление, сопровождающееся клинико-лабораторной ремиссией с элиминацией вируса ХВГ. К вариантам благоприятного течения можно отнести также стабильное течение ХГ без прогрессирования фиброза. Такое течение наблюдается в среднем у 30% пациентов с ХВГ С. И практически у 100% пациентов с ХВГ В в стадии иммунного контроля.

Цель исследования: определить исходы ХВГ у мужчин призывного возраста через 9 летний промежуток времени после установления ВВК диагноза ХВГ.

Задачи:

1. Определить изменение серологических маркеров у пациентов с ХВГ за период наблюдения;
2. Определить характер прогрессирования фиброза печени за указанный период наблюдения.

Материалы и методы

В период с 1996 по 2003 год на базе 432 ГВКМЦ и 9 ГКБ в рамках ВВК было обследовано 338 человек с диагнозом ХГ. Пациенты после обследования находились под наблюдением специалистов по месту жительства. Через $9,3 \pm 2$ года ($M \pm s$) (2009–2011 гг.) было проведено повторное обследование 55 человек. Пациенты были разделены на две группы: 1-ая – 42 пациента возраст, которых при первоначальном обследо-

вании подпадал под призывной, т. е. до 26 лет. Медиана возраста в данной группе при первом обследовании составила 19 лет (17–25) Ме (Min-Max). Группу сравнения II составили 13 пациентов старшего возраста с подтверждённым диагнозом ХВГ С. Медиана возраста при первом обследовании 36 лет (26–60) Ме (Min-Max). Пациентам проводился комплекс биохимических, серологических, молекулярно-биологических исследований сыворотки крови. Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием непараметрической статистики с помощью пакета прикладных программ SPSS 20.

Результаты и обсуждение

Из первично обследованных 338 человек стало известно смерти 11 пациентов призывного возраста. Причиной смерти данных лиц не было основное заболевание (насильственная смерть,

дорожно-транспортные происшествия, острые отравления, синдром приобретенного иммунодефицита).

У обследованных повторно пациентов цирроз печени за период наблюдения развился у 1 пациента старшей возрастной группы с ХВГС. У остальных пациентов прогрессирование фиброза определялось методом пункционной биопсии печени, которую повторили 36 из 55 человек с ХВГ. Среди пациентов призывного возраста усиление фиброзных изменений имело место у 5 из 29 пациентов 17% (95%ДИ 6–36). Прогрессирование наблюдалось в подгруппе с ХВГС+В, и отсутствовало у пациентов с моноинфекцией ХВГВ и ХВГС. Во второй группе заболевание прогрессировало у 6 из 8 пациентов с ХВГС. В обеих группах прогрессирование фиброза наблюдалось у 11 из 38 пациентов (29% (95%ДИ 15–46%)) (Таблица 1).

Таблица 1. Прогрессирование заболеваний печени

Группы		Фиброз печени		
		не прогрессировал	прогрессировал	
1-я группа (пациенты призывного возраста)	ХВГВ	n = 11	11	0
	ХВГС+В	n = 8	3	5
	ХВГС	n = 10	10	0
2-я группа (пациенты старшей возрастной группы с ХВГС)		n = 8	2	6
Всего		n = 37	26	11

При статистическом анализе выявлены различия в динамики фиброзных изменений за период наблюдения между группой лиц старшего возраста с ХВГ С и пациентов призывного возраста с ХВГ С. У пациентов 2-й группы достоверно чаще имело место прогрессирование ХВГ С, чем у пациентов 1-й группы (6 из 8 против 0 из 10, точный критерий Фишера $p < 0,01$).

В 1-й группе пациентов лица с моноинфекцией ХВГВ и ХВГС не имели усиления фиброзных изменений за период наблюдения. Тогда как у лиц этой группы с комбинацией ХВГ С+В прогрессия фиброза имела место у 5 из 8 человек, что достоверно выше, чем у пациентов с моноинфекцией (5/8 против 0/21), (точный критерий Фишера $p < 0,01$). Таким образом, можно заключить, что у пациентов призывного возраста с ХВГ за 9 летний промежуток времени значимым фактором прогрессирования стала микстинфекция ХВГС+В.

Скорость фиброзных изменений рассчитывалась как разность показателей фиброза при первом и втором обследовании поделенная на срок наблюдения (в годах). Так у пациентов с про-

грессированием фиброза печени в 1-й группе с ХВГС+В медиана скорости прогрессирования равнялась 0,125 (0,07–0,18) (Ме (Min-Max)). Во 2-й группе – 0,153 (0,08–0,25) (Ме (Min-Max)). При сравнении темпов прогрессирования фиброза в обеих группах статистических различий выявлено не было ($U = 10,5$; $p > 0,05$). В целом у обследованных пациентов скорость прогрессирования составляла 0,16 (0,1–0,21) Ме (LQ–UQ), что относится к наиболее часто встречающейся при ХВГ скорости прогрессирования фиброза.

Выздоровление наблюдалось у пациентов призывного возраста с ХВГ В у 2 из 18 (11% (95%ДИ 1–34%)) человек, и у 1 из 16 (6% (95%ДИ 0–30%)) пациентов с ХВГС. 3 из 16 (19% (95%ДИ 4–46%)) пациентов с ХВГС за период наблюдения дополнительно инфицировались ВГВ. У 2 из 8 пациентов с ХВГС+В в период наблюдения произошла элиминация HBsAg и ДНК ВГВ. Среди пациентов старшей возрастной группы у всех 13 пациентов сохранялись биохимические, вирусологические и гистологические признаки активной вирусной инфекции. При сравнении течения ХВГС у пациентов призывного возраста

и пациентов старшей возрастной группы, так же не было выявлено статистической достоверной разницы (1/10 против 0/13 (Точный критерий Фишера $p > 0,05$)).

Выводы

1. У пациентов призывного возраста с ХВГС через 9,3 года после обследования ремиссия наблюдалась у 1 из 15 человек, с ХВГ В у 2 из 18 пациентов, и не наблюдалась у пациентов старшей возрастной группы.

2. Среди пациентов призывного возраста прогрессирование фиброза печени отмечено в подгруппе с ХВГС+В у 5 из 8 человек, что статистически значимо отличалось от пациентов из подгруппах с ХВГС и ХВГВ (Точный критерий Фишера, $p < 0,05$).

3. Скорость прогрессирования у пациентов призывного возраста составила 0,125 (0,07–0,18) (Me (Min-Max)) стадии фиброза в год. В группе старшего возраста – 0,153 (0,08–0,25) (Me (Min-Max)) стадии фиброза в год.

И. В. Загашвили, Е. В. Титкова, О. В. Атрощенко

КЛИНИКО-ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ У БОЛЬНЫХ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

*Кафедра военно-полевой терапии военно-медицинского факультета
в УО «Белорусский государственный медицинский университет»*

Актуальность. Роль атеросклероза в аритмогенезе не вызывает сомнений. Поскольку атеросклероз, как системный процесс, поражает и брахиоцефальные артерии (БЦА), то, возникающая ишемия мозговых структур может вносить дополнительный вклад в развитие нарушений ритма и проводимости.

Цель исследования. Изучить клиничко-электрокардиографические особенности у пациентов с аритмическим анамнезом и атеросклеротическим поражением БЦА.

Материал и методы. Пациенты неврологического и кардиологических отделений 432 ГВКМЦ. Биохимические анализы крови с оценкой липидного профиля, ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ (СМ-ЭКГ), доплерография БЦА.

Результаты исследований. Установлено, что у большинства пациентов с атеросклеротическим поражением БЦА (95%) имеются выраженные сдвиги липидного спектра и регистрируются различные виды нарушений ритма и проводимости, которые могут быть выявлены еще на догоспитальном этапе обследования на основе использования обычной ЭКГ и СМ-ЭКГ.

Таким образом, у пациентов с атеросклеротическим поражением БЦА имеется системный атеросклеротический процесс. Высокая частота нарушений ритма сердца и проводимости у них связана, как с ишемией мозговых структур, так и сопутствующей коронарной патологией, что приводит к электрической негомogeneity и нестабильности миокарда, в т. ч. его проводящей системы.

Т. А. Нехайчик¹, Д. П. Лысюк²

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

*Кафедра военно-полевой терапии военно-медицинского факультета
в УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹
ГУ «432 Главный военный клинический медицинский центр»²*

Внедрение в клиническую практику генно-инженерной биологической терапии (ГИБТ) ознаменовало новую эпоху в лечении ревматических заболеваний. Пациенты с ревматоидным артритом (РА), спондилоартритами (СпА) и другими аутоиммунными заболеваниями получили шанс достижения ремиссии даже в случаях отсутствия ответа на предшествующую традиционную базисную терапию. Вместе с тем,

высокая стоимость лечения генно-инженерными биологическими препаратами (ГИБП) не позволяет проводить лечение всем нуждающимся. На сегодняшний день назначение ГИБП в нашей республике в большей степени соответствует определению «терапии отчаяния», когда исчерпаны все возможности традиционного лечения, а заболевание продолжает прогрессировать, существенно нарушая функциональные возмож-