

Реферати

СТАН ВИКОРИСТАННЯ ЗАСОБІВ КОНТРАЦЕПЦІЇ ЖІНКАМИ РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

Габібова К. Г.

Результати проведеного анкетування серед жіночої популяції р Баку показують, що засоби контрацепції ще не знайшли широкого застосування серед жінок, а це знижує ефективність планування сім'ї та негативно відбивається на демографічних процесах. Багато в чому воно пов'язане з недостатньою поінформованістю жінок про важливість контрацептивів в обертання небажаної вагітності, їх властивості і правила користування і т.д., а також недостатньої роботи жіночих консультацій з пропаганди контрацептивів. Масове правильне користування контрацептивами, особливо оральними і неоральними гормональними та екстреної контрацепцією в чому знизять частоту небажаної вагітності та пов'язаної з нею абортів.

Ключові слова: контрацептиви, жінки репродуктивного віку, планування семи.

Стаття надійшла 1.09.2015 р.

STATUS OF USE OF CONTRACEPTION BY WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

Gabibova K. G.

The results of the survey among the female population of Baku show that contraception is still not widely used among women, as this reduces the effectiveness of family planning and has a negative impact on demographic processes. In many respects it is connected with insufficient knowledge of women about the importance of contraceptives in prevention of unwanted pregnancies, their properties and rules of use, etc., as well as a lack of female consultation on the promotion of contraceptives. Mass proper use of contraceptives, especially oral and nearly nine hormonal and emergency contraception will greatly reduce the incidence of unwanted pregnancies and related abortions.

Key words: contraceptives, women of reproductive age, family planning.

Рецензент Ліхачов В.К.

УДК 616-071[616.36-002+616.98+616.085+615.281.8]-044.7+«5»

А. О. Гаврилюк

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця

ЛАБОРАТОРНО-БІОХІМІЧНІ ПОКАЗНИКИ У ХВОРИХ НА ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ С, В ТА С+В ЧЕРЕЗ П'ЯТЬ РОКІВ ПРОТИВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ

Проведений аналіз результатів противірусної терапії хронічного вірусного гепатиту В та С показав, що протягом 5-ти років спостереження у переважної більшості хворих спостерігається суттєве зменшення виразності некрозапальних змін в печінці та стабілізація фіброзу печінки. Стабілізація запальних та фібротичних змін в печінці спостерігається у частини хворих, у яких не вдалося досягти повної елімінації вірусу.

Ключові слова: вірусний гепатит, фіброз печінки, віддалені результати лікування.

Робота є фрагментом НДР «Морфогенез та патоморфоз захворювань шлунково-кишкового тракту, сечостатевої, нейроендокринної та імунної системи» № держреєстрації 0111U10551.

Основною метою лікування пацієнтів із ХВГ є попередження прогресування захворювання у цироз печінки та гепатоцелюлярну карциному – основні причини смертності хворих. Конкретними показниками ефективності противірусної терапії хворих на хронічний вірусний гепатит С є зникнення вірусної РНК з крові (вірусологічна відповідь), нормалізація АЛТ в сироватці крові (біохімічна відповідь), стійка вірусологічна відповідь (відсутність РНК HCV через 24 тижні після лікування), а також покращення гістологічної картини печінки [1, 3, 6, 8]. Критеріями відповіді на противірусну терапію при хронічному вірусному гепатиті В є стійке зменшення вірусного навантаження, стійка HBe-сероконверсія у HBeAg позитивних хворих, зникнення HBeAg, стійка нормалізація АЛТ, стабілізація фіброзу та редукція імуноклітинної деструкції за даними біопсії [2, 4, 5, 7].

Метою роботи було проведення аналізу результатів лікування хворих на вірусний гепатит С, В та С+В через п'ять років противірусної терапії за лабораторно-біохімічними показниками.

Матеріал та методи дослідження. Для визначення впливу противірусної терапії (ПТВ) та різних схем лікування був проведений ретроспективний аналіз вірусологічних та біохімічних показників у 182 хворих на хронічний вірусний гепатит В та хронічний вірусний гепатит С, які отримали ПТВ. Усі хворі на хронічний вірусний гепатит С (n=130) отримували комбіновану терапію альфа-інтерфероном та рибавірином (85 хворих – стандартний інтерферон + рибавірин, 45 хворих – ПЕГ-інтерферон + рибавірин). Серед хворих на хронічний вірусний гепатит В переважали особи з HBeAg- негативним гепатитом (41 пацієнт). Хворі на хронічний вірусний гепатит В отримували ПЕГ-інтерферон альфа або ламівудин в якості комбінованої або монотерапії. У 106 із 182 хворих двічі була виконана біопсія печінки: перед початком лікування (в середньому за 3,18±0,06 місяців) та через 5,07±0,67 років після завершення лікування. Це дало змогу оцінити морфологічні зміни в печінці під впливом ПТВ.

Для патоморфологічної верифікації діагнозу визначення індексу гістологічної активності і виразності фіброзу печінки хворим виконувались біопсії ні дослідження – через шкірні

трепатобіопсії печінки. Стівпчики трепанобіоптатів фіксували в забуференому 10% формаліні і заливали в парафін. З парафінових блоків на санному мікротомі (Японія) і ротаційному мікротомі НМ 3600 («MICROM Laborgerate GmbH» – Німеччина) виготовляли серійні зрізи завтовшки 4-5 нм. Основні патогістологічні зміни в печінці досліджувались в серійних парафінових зрізах біоптатів, забарвлених гематоксиліном і еозином, трибарвним методом Масона і за Ван-Гізон. В зрізах, забарвлених гематоксиліном і еозином, визначали індекс гістологічної активності (ІГА) хронічного вірусного гепатиту за Knodell R.G. з співавт. (1981) і Desmet V. C. з співавт. (1995). Відповідно до цих градацій в біоптатах печінки розрізняли гепатит з мінімальною активністю (ІГА 1-3 бали), із слабо вираженою активністю (ІГА 4-8 балів), з помірною активністю (ІГА 9-12 балів) і з вираженою активністю (ІГА 13-18 балів).

Результати дослідження та їх обговорення. За даними патоморфологічних досліджень біопсій, до початку лікування мінімальна активність запального процесу реєструвалась у 15% хворих, низька та помірна, відповідно, у 41 та 35% пацієнтів, висока – у 9% (табл. 1). Перед початком лікування мінімальний фіброз печінки був діагностований у 24% хворих, помірний фіброз – у 34%, а важкий фіброз (F 3-4) – у 34% пацієнтів (табл. 2).

Таблиця 1

Розподіл хворих на хронічний вірусний гепатит за гістологічною активністю гепатиту до початку лікування

Гістологічна активність гепатиту за Knodell R.G. і Desmet V. C.	Хворі на ХВГ В n=52		Хворі на ХВГ С n=130		Всього, n=182	
	Кількість хворих	%	Кількість хворих	%	Кількість хворих	%
Мінімальна (1-3 бали)	12	23,1	16	12,3	28	15,3
Низька (4-8 балів)	22	42,3	52	40,0	74	40,7
Помірна (9-12 балів)	17	32,7	47	36,2	64	35,1
Висока (13-18 балів)	1	1,9	15	11,5	16	8,7

Примітка: ХВГ - хронічний вірусний гепатит; n – кількість спостережень.

Таблиця 2

Розподіл хворих на хронічний вірусний гепатит за стадіями фіброзу печінки до початку лікування

Стадія фіброзу печінки за METAVIR	Хворі на ХВГ В n=52		Хворі на ХВГ С n=130		Всього, n=182	
	Кількість хворих	%	Кількість хворих	%	Кількість хворих	%
F0	5	9,6	13	10,0	18	9,9
F1	13	25,0	31	23,8	44	24,2
F2	15	28,9	46	35,4	61	33,9
F3	12	23,1	22	16,9	34	18,9
F4	8	13,5	18	13,8	26	14,2

Примітка: ХВГ - хронічний вірусний гепатит; n – кількість спостережень.

Загалом позитивний результат протівірусної терапії був отриманий у 138 пацієнтів (65,1 %). Як видно з табл. 3, у 40% хворих на хронічний вірусний гепатит С реєструвалася стійка вірусологічна відповідь і протягом 6 місяців після завершення лікування вірусна РНК в сироватці крові не виявлялась.

Таблиця 3

Ефективність протівірусної терапії у хворих на хронічний вірусний гепатит

Показники ефективності ПВТ	Кількість хворих	%
Хворі на ХВГ С (n=130)		
Стійка вірусологічна відповідь	52	40,0
Зниження вірусного навантаження та нормалізація АЛТ	17	13,7
Лише нормалізація АЛТ	10	7,7
Лише зниження вірусного навантаження	5	3,8
Відсутність позитивної динаміки	46	35,4
Хворі на ХВГ В (n=52)		
Зникнення НВВ ДНК	28	53,8
Лише нормалізація АЛТ	11	21,1
Відсутність позитивної динаміки	13	25,0

Примітка: ХВГ - хронічний вірусний гепатит; n – кількість спостережень.

Зниження вірусного навантаження та нормалізації АЛТ при відсутності стійкої вірусологічної відповіді було досягнуто у 13% хворих на хронічний вірусний гепатит С, в той час

6. Kumada H. Guidelines for the treatment of chronic hepatitis and cirrhosis due to hepatitis C virus infection for the fiscal year 2008 in Japan / H. Kumada, T. Okanoue, M. Onji [et al.] // Hepatol Res. – 2010. – Vol. 40 (1). – P. 8-13.
7. Mahtab Al- M. Assessment of clinical utility of low and high normal alanine aminotransferase values in patients with chronic hepatitis B virus infection / Al- M. Mahtab, S. Rahmad, S.M. Akbar [et al.] // Digestion. – 2011. – № 83. – P. 60-64.
8. Russo M. W. Antiviral therapy for hepatitis C is associated with improved clinical outcomes in patients with advanced fibrosis / M. W. Russo // Expert. Rev. Gastroenterol. Hepatol. – 2010. – Vol. 4 (5). – P. 535-539.

Реферати

ЛАБОРАТОРНО-БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С, В И С + В ЧЕРЕЗ ПЯТЬ ЛЕТ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ

Гаврилюк А. А.

Проведенный анализ результатов противовирусной терапии хронического вирусного гепатита В и С показал, что в течение 5-ти лет наблюдения у подавляющего большинства больных наблюдается существенное уменьшение выраженности некротических и воспалительных изменений в печени и стабилизация фиброза печени. Стабилизация воспалительных и фибротических изменений в печени наблюдается у части больных, у которых не удалось достичь полной элиминации вируса.

Ключевые слова: вирусный гепатит, фиброз печени, отдаленные результаты лечения.

Стаття надійшла 2.09.2015 р.

LABORATORY AND BIOCHEMICAL PARAMETERS IN PATIENTS WITH HEPATITIS B, C AND C+B WITHIN FIVE YEARS OF ANTIVIRAL THERAPY

Gavrilyuk A.O.

The analysis of antiviral therapy of chronic hepatitis B and C showed that within 5 years of observation in the vast majority of patients experienced a significant decrease in the severity necrotic and inflammatory changes in the liver and liver fibrosis stabilization. Stabilization of inflammatory and fibrotic changes in the liver observed in some patients who have failed to achieve complete elimination of the virus.

Key words: viral hepatitis, liver fibrosis, long-term outcomes.

Рецензент Старченко І.І.

УДК 616 – 002.78:616.12 – 008.331. 1:616.124.2]-08

І. О. Дашук

ІЗ „Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України”, м. Запоріжжя

ОСОБЛИВОСТІ РЕМОДЕЛЮВАННЯ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА ПРИ ВТОРИННІЙ АРТЕРІАЛЬНІЙ ГІПЕРТЕНЗІЇ НА ФОНІ ПОДАГРИ ТА ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ

Метою роботи стало дослідження структурних показників лівого шлуночка (ЛШ) у хворих на первинну подагру з синдромом артеріальної гіпертензії (АГ) з оцінкою ефективності комбінації блокатору рецепторів ангіотензину II (БРА II) та блокатору кальцієвих каналів (БКК) щодо впливу на процеси зворотного ремоделювання ЛШ. Досліджено 50 чоловіків з подагрою та синдромом АГ, 30 чоловіків з гіпертонічною хворобою (ГХ) і 20 здорових чоловіків. Методикою ехокардіоскопії (ЕХО-КС) визначали основні параметри ЛШ. Хворим на подагру протягом 24-тижнів проводилася корекція АГ комбінацією лозартану та лерканидипіну. У хворих на подагру з синдромом АГ встановлено достовірно вищі показники маси міокарду ЛШ (ММЛШ), індексу ММЛШ (іММЛШ) та вплив ступеню АГ, тривалості подагри та абдомінального ожиріння на процеси ремоделювання ЛШ. Встановлено, що 24-тижнева корекція АГ у хворих на подагру комбінацією лозартану та лерканидипіну достовірно покращує структурні показники ЛШ.

Ключові слова: подагра, артеріальна гіпертензія, ремоделювання лівого шлуночка, лозартан, лерканидипін.

Робота є фрагментом НДР " Особливості ремоделювання судин еластичного типу та ранніх проявів нефропатії у хворих на есенціальну гіпертензію у поєднанні з метаболічним синдромом та інсуліннезалежним цукровим діабетом", № держреєстрації: 0110U002667.

В останні десятиліття зафіксовано неухильний ріст захворюваності на подагру, що стала найбільш частою причиною запального артрити у чоловіків старше 30 років, на долю якої припадає від 0,1% до 1,7% загальної захворюваності [8]. Зустрічальність артеріальної гіпертензії (АГ) у хворих на подагру становить 25-50 %, а при поєднанні з компонентами метаболічного синдрому – до 80 % [1]. Часта асоціація АГ з подагрою пояснюється тими факторами, що подагра може бути як причиною розвитку АГ, так і її наслідком [6]. В першому випадкові причиною розвитку АГ у хворих на первинну подагру є ураження ниркової паренхіми з активацією ренін-ангіотензин-альдостеронової системи, що є визначальним фактором у формуванні вторинної АГ [4, 9]. У другому випадкові, тривале лікування АГ з використанням діуретиків, низьких доз ацетилсаліцилової кислоти, а також гіпертензивна нефропатія, що порушує фільтраційну здатність нирок, є причинами розвитку гіперурикемії (ГУК) та маніфестації вторинної подагри [2, 3].

Ремоделювання лівого шлуночка (ЛШ) є закономірним процесом перебудови архітекtonіки міокарду у хворих з АГ, незалежно від причини її розвитку. Особливості структурних змін ЛШ у хворих з гіпертонічною хворобою (ГХ) вивчені достатньо, тому