високоспецифічним та ідентифікує лише Mycobacterium tuberculosis complex. Тому у випадках, коли мікроскопія є позитивною, а молекулярно-генетичний метод для виявлення мікобактерій ТБ від'ємним, діагноз МБ є високоймовірним. Чільне місце у диференційній діагностиці займає культуральний метод, який дозволяє провести видову ідентифікацію мікобактерій.

Рудан І.В.

ВИСЛІДИ ХРОНІЧНИХ ГЕПАТИТІВ В І С ПРИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології
Буковинський державний медичний університет

Мета роботи: оцінка перебігу і вислідів хронічних гепатитів В і С у ВІЛ-інфікованих пацієнтів, а також аналіз причин смерті таких хворих. Проведено ретроспективне псевдорандомізоване дослідження з глибиною в 5 років. Відібрано 114 медичних карт стаціонарного хворого (ВІЛ-інфекція в асоціації з гепатитами В і С). Аналіз причин летальних вислідів у хворих на ВІЛ-інфекцію проводили на підставі вивчення матеріалів аутопсії 21 пацієнта.

Встановили, що частота загострення ХВГ у III-IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції суттєво вища, а ремісії – нижча, ніж у I-II стадії – (36,8±4,5) проти (7,0±2,4) % і (35,1±4,5) і (7,9±2,5) % відповідно ($p<0,001$). Частота цирозу печінки характеризувалася чіткою тенденцією до наростання з поглибленням імунодефіциту.

Розрахунок частоти вислідів у цироз печінки показав, що у I-II клінічній стадії ВІЛ-інфекції ця величина дорівнювала 0,17, а у III-IV стадії – 0,33. Відносний ризик розвитку цирозу печінки у ВІЛ-інфікованих складав 0,52. Причому вірогідність летального висліду при цирозі печінки у ВІЛ-інфікованих у I-II клінічній стадії дорівнювала 0,16, а у III-IV стадії – 0,29 при відносному ризику 0,63. Зниження відносного ризику летального висліду з урахуванням стадії ВІЛ-інфекції – 0,32.

Середня тривалість життя пацієнтів від моменту виявлення антитіл до ВІЛ становила (3,4±0,6)року (від 4 міс. до 9 років). Така коротка середня тривалість життя ВІЛ-інфікованих пацієнтів була обумовлена великою кількістю уперше виявлених хворих вже у IV клінічній стадії. Більше, ніж у половини (13 з 21) причинами смерті були СНІД-асоційовані захворювання (61,9 %).

Отже, ретроспективне псевдорандомізоване дослідження показало, що цироз печінки на ранніх стадіях ВІЛ-інфекції реєстрували в 2,7 разу рідше, ніж у пацієнтів з ВІЛ-інфекцією у стадії вторинних захворювань. Загострення хронічних гепатитів В і С достовірно частіше встановлено у III-IV клінічній стадії супутньої ВІЛ-інфекції. За цієї ж обставини частіше реєструються й ознаки цирозу печінки, а летальні висліди займають одне з провідних місць у хворих на ВІЛ-інфекцію. Це вказує на необхідність перегляду тактики клінічного ведення цієї категорії пацієнтів. У 61,9 % випадків причинами смерті були СНІД-індикаторні захворювання. Туберкульоз виявився провідною причиною летального висліду (46,1 %) ВІЛ-інфікованих хворих і перебігав переважно в генералізованій формі. Друге місце за частотою смертельних СНІД-індикаторних захворювань займає токсоплазмоз (30,8 %) з ураженням головного мозку та інших органів. Менінгоенцефаліти неуточненої (ймовірно, герпетичної) етіології встановлені у 23,1% померлих. Важливе місце в структурі летальних вислідів у ВІЛ-інфікованих пацієнтів займає термінальна стадія цирозу печінки змішаної етіології – вірусної та алкогольної (38,1 %).