

Дубинська Г. М., Коваль Т. І., Сизова Л. М.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИХ ХАРАКТЕРИСТИК ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ С У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна

infectionumsa@ukr.net

Актуальність. На сьогоднішній день ВІЛ-інфекція та хронічний гепатит С (ХГС) є вкрай важливими медико-соціальними проблемами в усьому світі. ХГС виявляється у 33-60% ВІЛ-інфікованих осіб, що пов'язано із спільними шляхами передачі вірусів [1, 3, 6]. Відомо, що патологія печінки у коінфікованих пацієнтів прогресує прискореними темпами та є другою за частотою причиною смертності, поступаючись лише СНІД-асоційованим захворюванням [2, 4, 7]. Механізми даного процесу включають прямі ефекти вірусу та імунологічні порушення, зокрема посилення апоптозу чи пригнічення специфічної відповіді Т-клітин по відношенню до вірусу гепатиту С (ВГС) [5, 8]. Тому питання подальшого аналізу клініко-лабораторних характеристик ХГС у ВІЛ-інфікованих з метою удосконалення медичної допомоги та індивідуалізації лікувально-діагностичної тактики даної групи хворих є актуальним.

Мета дослідження – з'ясувати особливості клініко-лабораторних характеристик ХГС у ВІЛ-інфікованих пацієнтів.

Матеріали і методи. Для досягнення поставленої мети проведено крос-секційне дослідження серед 270 хворих: чоловіків – 188 (69,6%), жінок – 82 (30,4%), віком від 20 до 63 років, середній – $40,3 \pm 0,5$.

Діагноз ХГС та ВІЛ-інфекції встановлювали згідно міжнародної класифікації хвороб 10 перегляду, верифікували виявленням специфічних серологічних та молекулярно-біологічних маркерів даних інфекцій (для ХГС – виявлення у крові антитіл ВГС IgG методом ІФА та РНК ВГС методом ПЛР

у режимі реального часу із генотипуванням та визначенням вірусного навантаження (ВН); для ВІЛ-інфекції – виявлення антитіл до ВІЛ у крові методом ІФА). Клініко-лабораторне обстеження хворих проводилось на базах Полтавської обласної клінічної інфекційної лікарні, Полтавського обласного центру профілактики ВІЛ-інфекції та боротьби зі СНІДом та у комерційних лабораторіях.

З метою визначення особливостей клініко-лабораторних характеристик ХГС у ВІЛ-інфікованих пацієнтів обстежені були розділені на групи:

- I – ВІЛ-інфіковані з ХГС, n=104, чоловіків – 77 (74,0%), жінок – 27 (26,0%), віком від 28 до 55 років, середній – $40,2 \pm 0,6$ (основна група);
- II – хворі з ХГС-моноінфекцією, n=166, чоловіків – 111 (66,9%), жінок – 55 (33,1%), віком від 20 до 63 років, середній – $40,3 \pm 0,7$ (група порівняння).

Програма обстеження пацієнтів включала оцінку скарг, анамнестичних даних, фізикальне обстеження, загально-клінічне дослідження периферичної крові, визначення біохімічних показників сироватки крові, які характеризують функціональний стан печінки та стадії фіброзу печінки (ФП) за METAVIR.

Синдром цитолізу оцінювали визначенням активності аланін-амінотрансферази (АЛТ), аспартат-амінотрансферази (АСТ), лактатдегідрогенази (ЛДГ), синдром холестазу – вмісту загального білірубіну та його прямої і непрямой фракцій, лужної фосфатази (ЛФ) та γ -глутамілтранспептидази (ГГТП), синдром печінково-клітинної недостатності – за вмістом загального білку та альбуміну. Біохімічні дослідження, які включали, окрім вищенаведених показників, визначення холестерину (ХС) і тригліцеридів (ТГ), виконані на автоматичному біохімічному аналізаторі GBG STAT FAX-1904 (Японія) реактивами компанії Human (Германія).

Стадію ФП за шкалою METAVIR встановлювали за допомогою методу FibroTest, який проводився тест-системами Roche Diagnostics (Швейцарія) на аналізаторі Cobas 6000 (с 501 модуль) медичної лабораторії «Synevo» та

методом транзйентної еластометрії печінки – на УЗД-сканері «Ultima PA-Expert» (Україна).

Статистична обробка результатів дослідження проведена за допомогою програми «SPSS 17.0». Перевірку нормальності розподілу проводили за критерієм Колмогорова-Смірнова. Центральна тенденція визначалась у вигляді медіани (Me) з верхніми і нижніми кuartилями (інтеркuartильний розмах, IQR). Вірогідність відмінностей кількісних результатів для різних груп оцінювали за допомогою U-критерію Манна-Уїтні, якісних – точного тесту Фішеру та критерію χ^2 залежно від передумов аналізу. Кількісну оцінку зв'язку між двома рядами бінарних ознак проводили за допомогою коефіцієнту рангової кореляції Спірмена (r_s). Відмінності вважали вірогідними для всіх видів аналізу при ймовірності помилки $p < 0,05$, при p в інтервалі від 0,05 до $\leq 0,1$ відзначали тенденцію до вірогідності різниці.

Результати та обговорення. В ході проведеного дослідження встановлена рівноцінність хворих основної групи та групи порівняння за віком, статтю, генотипом ВГС та рівнем ВН: серед пацієнтів переважали чоловіки (74,0% – у I та 66,9% – у II), особи молодого та середнього віку (100,0% та 95,2% відповідно), в більшості реєструвався 1 генотип ВГС (53,8% та 59,6% відповідно), високий рівень ВН ($>4,0 \times 10^5$) мав місце практично у половини осіб кожної групи (45,2% та 54,8% відповідно).

Аналіз основних клінічних синдромів ХГС у ВІЛ-інфікованих показав, що в цілому ХГС у цієї категорії хворих зберігав типову клінічну картину з переважанням ознак астено-невротичного (61,5%), диспепсичного (87,5%), артралгічного (51,7%), гепатомегалічного (57,7%) та гарячкового (33,7%) синдромів (табл. 1).

Основні клінічні синдроми ХГС у ВІЛ-інфікованих пацієнтів, абс. число (%)

Синдроми	Групи хворих		p
	ВІЛ+ХГС, n=104	ХГС, n=166	
Астено-невротичний	64 (61,5)	152 (91,6)	0,000
Вегетативної дисфункції	8 (7,7)	91 (54,8)	0,000
Абдомінально-больовий	32 (30,8)	123 (73,1)	0,000
Диспепсичний	91 (87,5)	106 (63,9)	0,000
Жовтяничний	25 (24,0)	35 (21,1)	0,570
Артралгічний	54 (51,7)	51 (30,7)	0,001
Міалгічний	8 (7,7)	15 (9,0)	0,824
Гепатомегалії	60 (57,7)	149 (89,8)	0,000
Спленомегалії	15 (14,4)	25 (15,1)	0,886
Гарячковий	35 (33,7)	12 (7,2)	0,000

Примітка. p – рівень значимості отриманий із використанням точного тесту Фішера або критерію χ^2 залежно від передумов аналізу.

Згідно представлених в табл. 1 даних, у ВІЛ-інфікованих із ХГС достовірно частіше, порівняно з ХГС-моноінфікованими, реєструвалися прояви диспепсичного – в 1,4 ($p=0,000$), артралгічного – в 1,7 ($p=0,001$) та гарячкового – в 4,7 ($p=0,000$) разу синдромів. Отримані дані підтверджувалися кореляційним аналізом, згідно якого між даними синдромами і наявністю коінфекції мав місце достовірний прямий зв'язок ($r_s=0,259$, $p=0,000$, $r_s=0,212$, $p=0,000$ та $r_s=0,339$, $p=0,000$ відповідно синдромам). Переважання у ВІЛ-інфікованих із ХГС зазначених синдромів може пояснюватися власне коінфікуванням ВІЛ та наявністю опортуністичних інфекцій. Рідше в основній групі виявлялись такі синдроми як: астено-невротичний – в 1,5 ($\chi^2 =36,03$, $p=0,000$; $r_s= -0,365$, $p=0,000$), вегетативної дисфункції – в 7,1 ($p=0,000$; $r_s= -0,476$, $p=0,000$), абдомінально-

больовий – в 2,4 ($\chi^2 = 49,09$, $p=0,000$; $r_s = -0,426$, $p=0,000$) та гепатомегалічний – у 1,5 ($\chi^2 = 37,59$, $p=0,000$; $r_s = -0,373$, $p=0,000$) разу. За частотою виявлення жовтяничного, міалгічного та спленомегалічного синдромів відмінностей між групами не було.

Аналіз змін лабораторних даних також виявив деякі особливості показників гемограми у ВІЛ-інфікованих із ХГС (табл. 2).

Таблиця 2

Показники гемограми у ВІЛ-інфікованих пацієнтів із ХГС, Ме (IQR)

Гематологічні показники	Групи хворих		p
	ВІЛ+ХГС, n=104	ХГС, n=166	
Еритроцити, $10^{12}/л$,	4,3 (3,8-4,9)	4,4 (4,2-4,6)	0,215
Гемоглобін, г/л	133,0 (121,0-146,0)	138,0(131,0-146,2)	0,149
Лейкоцити, $\times 10^9/л$	5,1 (4,2-6,4)	5,0 (4,2-6,4)	0,908
Паличкоядерні нейтрофіли, %	3,0 (1,0-5,0)	3,0 (2,0-5,0)	0,710
Лімфоцити, %	39,7 (31,5-44,6)	32,0 (25,7-38,2)	0,000
Моноцити, %	11,0 (9,0-13,9)	6,0 (4,0-9,0)	0,000
Тромбоцити, $\times 10^9/л$	187,5(87,1-231,7)	160,0(140,0-190,0)	0,000
ШЗЕ, мм/год	12,0 (7,0-26,0)	6,0 (3,0-10,0)	0,000

Примітка. p – рівень значимості отриманий за критерієм Манна-Уїтні.

Як видно з даних табл. 2, різниця в показниках гемограми між хворими I та II груп спостерігалася за показниками лімфоцитів, моноцитів, тромбоцитів та ШЗЕ, які перевищували верхню межу норми (ВМН) у хворих I групи та мали достовірну різницю з аналогічними показниками II: 39,7 (IQR 31,5-44,6) проти 32,5 (IQR 25,7-38,2)% ($p=0,000$), 11,0 (IQR 9,0-13,9) проти 6,0 (IQR 4,0-9,0)% ($p=0,000$) та 12,0 (IQR 7,0-26,0) проти 6,0 (IQR 3,0-10,0) мм/год ($p=0,000$) відповідно. Показники кількості тромбоцитів також виявилися вищими та достовірно відрізнялися від таких у хворих II: 187,5 (IQR 87,1-231,7) проти 160,0 (IQR 140,0-190,0) $\times 10^9/л$ ($p=0,000$). Всі інші

параметри гемограми не виходили за межі референтних значень та не мали статистично значимих відмінностей між групами обстежених.

Індивідуальний аналіз частоти реєстрації гематологічних змін у хворих груп порівняння представлений на рис. 1.

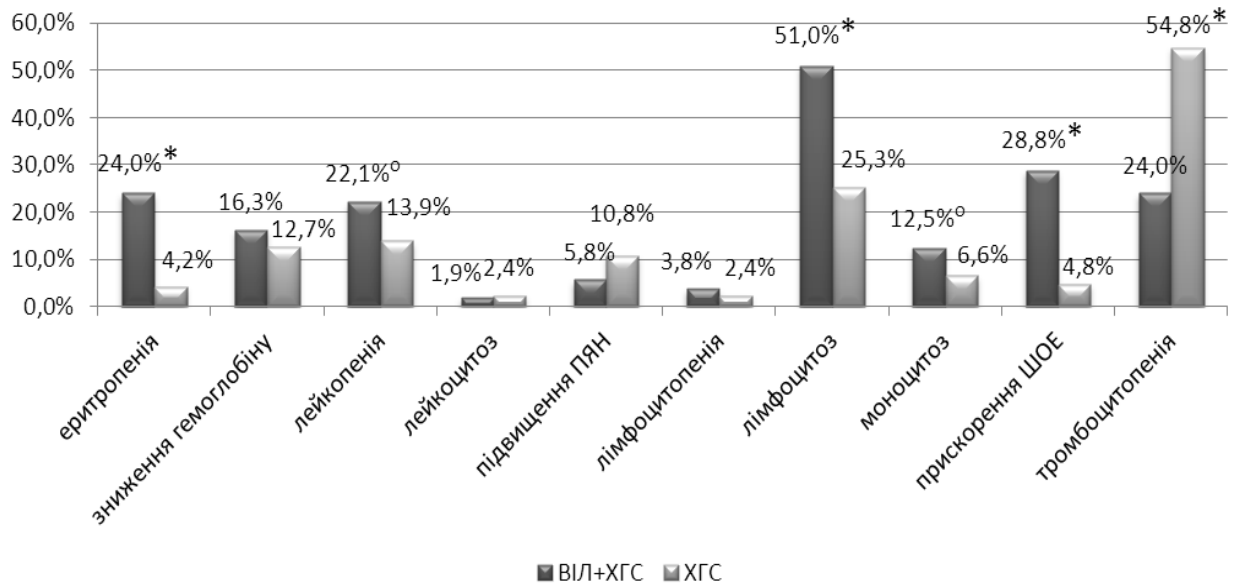


Рис. 1 Частота реєстрації гематологічних змін у ВІЛ-інфікованих із ХГС

Примітка. * – $p < 0,05$, ° – $p < 0,1$ (рівень значимості отриманий із використанням точного тесту Фішера або критерію χ^2 залежно від передумов аналізу).

Як видно на рис. 1, статистично достовірна різниця між групами спостерігалась у частоті реєстрації змін окремих гематологічних показників. Так, у ВІЛ-інфікованих із ХГС достовірно частіше відмічали еритропенію – у 5,7 ($p=0,000$; $r_s=0,298$, $p=0,000$), лімфоцитоз – у 1,2 ($\chi^2=18,46$, $p=0,000$; $r_s=0,261$, $p=0,000$) разу, прискорення ШОЕ – в 6,0 ($p=0,000$; $r_s=0,338$, $p=0,000$) разів. Тенденція до вірогідності різниці спостерігалась за частотою реєстрації лейкопенії ($\chi^2=3,08$, $p=0,079$) та моноцитозу ($\chi^2=2,72$, $p=0,099$). Вказані зміни у ВІЛ-інфікованих із ХГС можна пояснити наявністю ВІЛ-інфекції та опортуністичних захворювань. Однак, у пацієнтів основної групи рідше, ніж у ХГС-моноінфікованих, реєстрували тромбоцитопенію – в 2,3 ($\chi^2=24,72$, $p=0,000$; $r_s=-0,303$, $p=0,000$) разу, що узгоджується з частотою виявлення в

них продвинутого ФП F₃-F₄. Загалом, у ВІЛ-інфікованих хворих із ХГС закономірно частіше відмічалися зміни показників гемограми, що притаманні поєднанню двох тяжких вірусних інфекцій та стану імунодефіциту.

Для оцінки функціонального стану печінки у ВІЛ-інфікованих пацієнтів із ХГС проаналізували біохімічні показники обстежених. Виявилось, що у більшості хворих обох груп зміни біохімічних показників характеризувалися типовими для ХГС синдромами: цитолітичним і холестатичним (табл.3).

Таблиця 3

**Основні біохімічні показники сироватки крові у ВІЛ-інфікованих із ХГС,
Me (IQR)**

Біохімічні показники	Групи хворих		p
	ВІЛ+ХГС, n=104	ХГС, n=166	
АЛТ, Од/л	63,5 (42,2-107,7)	81,4 (51,5-145,3)	0,003
АСТ, Од/л	52,0 (39,2-80,0)	50,0 (37,9-90,2)	0,943
ГГТП, Од/л	83,0 (49,5-120,0)	45,5 (29,0-84,7)	0,000
ЛДГ, Од/л	180,0 (131,0-225,7)	304,5 (210,0-380,0)	0,000
Загальний білірубін, мкмоль/л:	15,1 (10,5-24,2)	16,7 (12,0-22,1)	0,443
- прямий	5,4 (3,6-9,5)	4,9 (3,7-7,0)	0,121
- непрямої	10,0 (6,7-15,0)	10,9 (7,7-15,0)	0,368
ЛФ, Од/л	141,5 (115,0-203,2)	119,8 (84,9-171,2)	0,000
ХС, ммоль/л,	4,4 (3,8-5,5)	4,6 (3,8-5,6)	0,998
Загальний білок, г/л,	79,0 (76,0-85,0)	76,0 (72,0-79,5)	0,000
Альбумін, г/л,	42,0 (38,0-46,0)	42,1 (36,5-45,5)	0,792

Примітка. p – рівень значимості отриманий за критерієм Манна-Уїтні.

Як видно з табл. 3, серед хворих основної групи вищими визначалися показники ГГТП: 83,0 (IQR 49,5-120,0), у групі порівняння – 45,5 (IQR 29,0-84,7) Од/л (p=0,000), нижчим – рівень АЛТ: 63,5 (IQR 42,2-107,7) проти 81,4 (IQR 51,5-145,3) Од/л, відповідно (p=0,003), однак у обох групах не

перевищував 3 ВМН. Статистично достовірна різниця між групами спостерігалася також щодо значень ЛДГ, ЛФ та загального білку, однак без перевищення ВМН.

За даними індивідуального аналізу найбільш характерними змінами біохімічних показників у пацієнтів обох груп виявлялися підвищення АЛТ (79,8% і 82,5% відповідно групам), АСТ (64,4% і 70,5% відповідно), ГГТП (56,7% і 46,4% відповідно) та загального білірубіну (30,8% і 24,7% відповідно) (рис. 2).

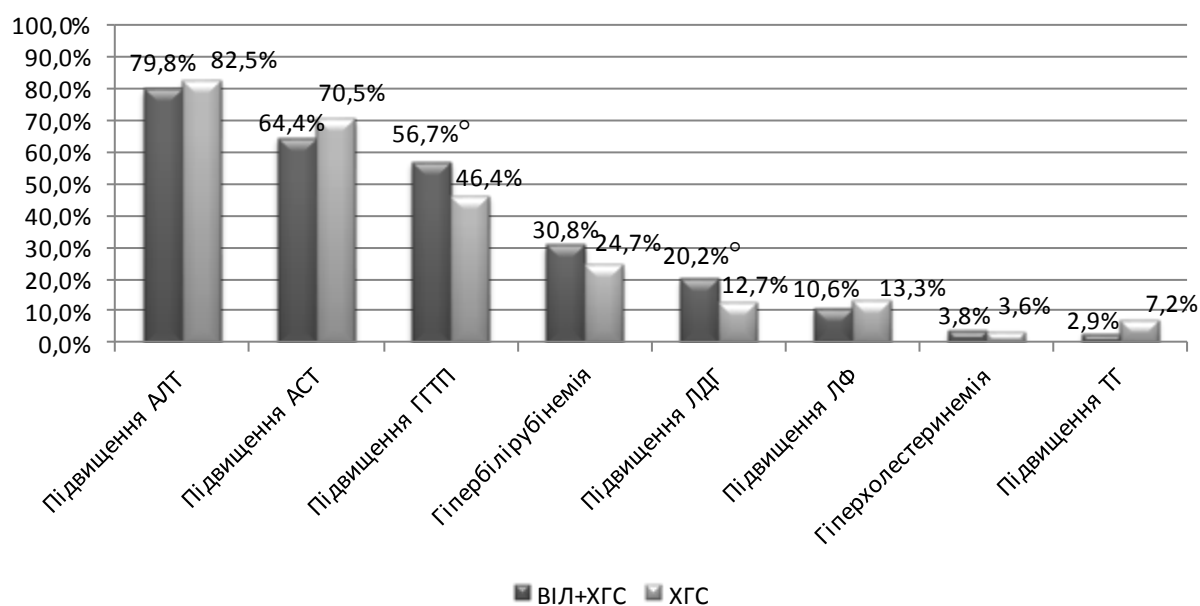


Рис. 2 Частота реєстрації змін біохімічних показників у ВІЛ-інфікованих

Примітка. * – $p < 0,05$, ° – $p < 0,1$ (рівень значимості отриманий із використанням точного тесту Фішера або критерію χ^2 залежно від передумов аналізу).

Однак, як представлено та рис. 2, у ВІЛ-інфікованих із ХГС у 1,2 разу частіше, ніж у II групі, реєстрували підвищений рівень ГГТП та у 1,5 – ЛДГ, що мало тенденцію до вірогідності ($p = 0,098$ та $p = 0,096$ відповідно).

За стадіями ФП хворі розподілилися наступним чином (рис. 3).

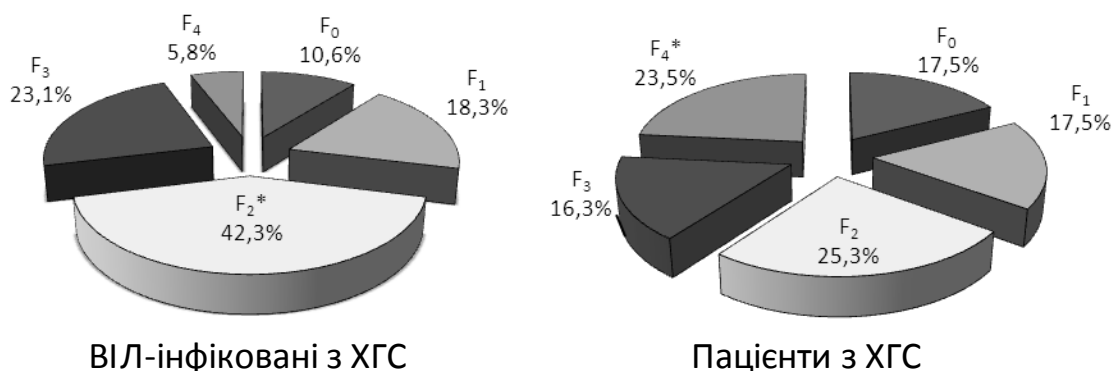


Рис. 3 Розподіл ВІЛ-інфікованих із ХГС (за METAVIR)

Примітка. * – $p < 0,05$ (рівень значимості отриманий із використанням точного тесту Фішера або критерію χ^2 залежно від передумов аналізу).

Як представлено на рис. 3, у групі ВІЛ-інфікованих із ХГС встановлено переважання пацієнтів із помірним ФП F₂ – 42,3%, що виявилось у 1,6 разу частішим, ніж серед ХГС-моноінфікованих – 25,3% ($\chi^2=8,52$, $p=0,004$; $r_s=0,178$, $p=0,003$), а також у 4,0 рази рідшу реєстрацію осіб із ФП F₄ – 5,8% проти 23,5% відповідно ($p=0,000$; $r_s= -0,231$, $p=0,000$). Пацієнти із стадіями ФП F₀, F₁, F₃ виявлялися в обох групах практично з однаковою частотою. Однак, привертала увагу менша частка пацієнтів із продвинутим ФП F₃-F₄ у I групі – 28,9% проти 39,8% – у II ($p=0,068$). Отримані дані потребують додаткових досліджень щодо аналізу факторів, які впливають на прогресування ФП у ВІЛ-інфікованих із ХГС.

Висновок.

Клініко-лабораторні характеристики ХГС у ВІЛ-інфікованих є типовими, однак мають деякі особливості, порівняно з ХГС-моноінфекцією:

- частіше реєструються ознаки диспепсичного (87,5% проти 63,9%, $p=0,000$), артралгічного (51,7% проти 30,7%, $p=0,001$) та гарячкового (33,7% проти 7,2%, $p=0,000$), рідше – астено-невротичного (61,5% проти 91,6%, $p=0,000$), вегетативної дисфункції (7,7% проти 54,8%, $p=0,000$), абдомінально-больового (30,8% проти 73,1%, $p=0,000$) та гепатомегалічного (57,7% проти 89,8%, $p=0,000$) синдромів;

- у гемограмі вищими визначаються показники лімфоцитів, моноцитів, ШЗЕ та тромбоцитів (39,7 (IQR 31,5-44,6) проти 32,5 (IQR 25,7-38,2)% (p=0,000), 11,0 (IQR 9,0-13,9) проти 6,0 (IQR 4,0-9,0)% (p=0,000), 12,0 (IQR 7,0-26,0) проти 6,0 (IQR 3,0-10,0) мм/год (p=0,000) та 187,5 (IQR 87,1-231,7) проти 160,0 (IQR 140,0-190,0) $\times 10^9$ /л (p=0,000) відповідно); частіше реєструються еритропенія (24,0% проти 4,2%, p=0,000), лімфоцитоз (51,0% проти 25,3%, p=0,000) та прискорення ШЗЕ (28,% проти 4,8%, p=0,000), рідше – тромбоцитопенія (24,0% проти 54,8%, p=0,000);

- в біохімічному аналізі крові показники ГГТП визначаються вищими – 83,0 (IQR 49,5-120,0) проти 45,5 (IQR 29,0-84,7) Од/л (p=0,000);

- реєструється більша частка пацієнтів зі стадією ФП F₂ (42,3% проти 25,3%, p=0,004) та менша – з ФП F₄ (5,8% проти 23,5%, p=0,000).

Перспективи подальших досліджень полягають у оцінці ефективності протівірусної терапії ХГС у ВІЛ-інфікованих пацієнтів порівняно із ХГС-моноінфікованими.

Література.

1. Андрейчин М. А. Проблема ВІЛ-інфекції в Україні і участь лікарів загальної практики – сімейної медицини в її вирішенні / М. А. Андрейчин // Інфекційні хвороби. – 2014. – № 4 (78). – С. 7-12.

2. Вирус иммунодефицита человека – медицина. Руководство для специалистов / Под ред. Н. А. Белякова, А. Г. Рахмановой. СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2010. – 752 с.

3. Характеристика и тенденции развития эпидемического процесса гепатита С в Украине / А. Л. Гураль, В. Ф. Мариевский, Т. А. Сергеева [и др.] // Профілактична медицина. – 2011. – № 1 (13). – С. 9-18.

4. Hepatic decompensation in antiretroviral-treated patients co-Infected with HIV and hepatitis C virus compared with Hepatitis C virus – monoinfected patients: a cohort study / V. L. Re III, M. J. Kalian, J. R. Tate [et al.] // Ann. Intern. Med. – 2014. – Vol. 160 (6). – P. 369-379.

5. Operskalski E. HIV/HCV co-infection: pathogenesis, clinical complications, treatment, and new therapeutic technologies / E. Operskalski, A. Kovacs // *Current HIV/AIDS Reports*. – 2011. – Vol. 8. – P. 12-22.
6. Peters L. Epidemiology of hepatitis C virus in HIV-infected patients / L. Peters, M. B. Klein // *Current Opinion in HIV and AIDS*. – 2015. – № 10 (5). – P. 297-302.
7. The Data Collection on Adverse Events of Anti-HIV drugs (D:A:D) Study Group. Factors associated with specific causes of death amongst HIV-positive individuals in the D:A:D Study // *AIDS*. – 2010. – Vol. 24 (10). – P.1537-1548.
8. Clinical and genetic predictors of rapidly progressive hepatic fibrosis in chronic hepatitis C / G. Dubynska, L. Sizova, T. Koval [et al.] // *Georgian Medical News*. – 2016. – № 7-8 (256-257). – С.37-44.

Реферат

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИХ ХАРАКТЕРИСТИК ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ С У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ

Дубинська Г.М., Коваль Т.І., Сизова Л.М.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

В ході крос-секційного дослідження 270 пацієнтів встановлено, що клініко-лабораторні характеристики хронічного гепатиту С (ХГС) у ВІЛ-інфікованих є типовими, однак мають деякі особливості, порівняно з хворими на ХГС-моноінфекцію: частіше реєструються ознаки диспепсичного ($p=0,000$), артралгічного ($p=0,001$) та гарячкового ($p=0,000$), рідше – астено-невротичного, вегетативної дисфункції, абдомінально-больового та гепатомегалічного синдромів ($p=0,000$ за всіма ознаками); у гемограмі вищими визначаються показники лімфоцитів, моноцитів, швидкості зсідання еритроцитів та тромбоцитів ($p=0,000$ за всіма показниками), частіше реєструється еритропенія, лімфоцитоз та прискорення швидкості зсідання еритроцитів, рідше – тромбоцитопенія ($p=0,000$ за всіма показниками); у

біохімічному аналізі крові показники гама-глутамілтранспептидази є вищими ($p=0,000$); реєструється більша частка пацієнтів із фіброзом печінки F_2 ($p=0,004$) та менша – з F_4 ($p=0,000$).

Ключові слова: ВІЛ-інфекція, хронічний гепатит С, коінфекція, клініко-лабораторні характеристики.

Реферат

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Дубинська Г.М., Коваль Т.І., Сизова Л.М.

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава

В ходе крос-секционного исследования 270 пациентов установлено, что клиничко-лабораторные характеристики хронического гепатита С (ХГС) у ВИЧ-инфицированных типичны, однако имеют некоторые особенности, по сравнению с ХГС-моноинфицированными: чаще регистрируются проявления диспепсического ($p=0,000$), артралгического ($p=0,001$) и лихорадочного ($p=0,000$), реже – астено-невротического, вегетативной дисфункции, абдоминально-болевого и гепатомегалического синдромов ($p=0,000$ по всем признакам); в гемограмме более высокими определяются показатели лимфоцитов, моноцитов, скорости оседания эритроцитов и тромбоцитов ($p=0,000$ по всем показателям), чаще регистрируется эритропения, лимфоцитоз и ускорение скорости оседания эритроцитов), реже – тромбоцитопения ($p=0,000$ по всем показателям); в биохимическом анализе крови показатели гама-глутамилтранспептидазы – выше ($p=0,000$); регистрируется большая доля пациентов с фиброзом печени F_2 ($p=0,004$) и меньшая – с F_4 ($p=0,000$).

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, хронический гепатит С, коинфекция, клиничко-лабораторные характеристики.

Abstract

FEATURES OF THE CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF THE CHRONIC HEPATITIS C IN PATIENTS WITH HIV

Dubynska G.M., Koval T.I., Syzova L.M.

HSEE of Ukraine “Ukrainian Medical Stomatological Academy”, Poltava

The paper was aimed at elucidation of the features of clinical and laboratory characteristics of Chronic Hepatitis C (CHC) in HIV patients.

To achieve the objectives of the research the cross-sectional study has been carried out which involved 270 patients: males – 188 (69,6%), females – 82 (30,4%), aged 20 to 63 years (average age $40,3\pm 0,5$). To define the features of the clinical and laboratory characteristics of CHC in HIV patients the subjects have been assigned into groups: HIV patients with CHC, $n=104$, males – 77 (74,0%), females – 27 (26,0%), aged 28 to 55 years (average age $40,2\pm 0,6$) (study group) and patients with CHC-monoinfection, $n=166$, males – 111 (66,9%), females – 55 (33,1%), aged 20 to 63 years (average age $40,3\pm 0,7$) (comparison group). The examination of patients involved the evaluation of complaints, data obtained from the history, physical examination, complete peripheral blood count, determination of biochemical indices of blood serum, which characterize the functional state of the liver and liver fibrosis staging according to the METAVIR.

The findings of the study have established that clinical and laboratory characteristics of CHC in HIV patients are typical, but have some specific features as compared with CHC-monoinfection: signs of dyspeptic (87,5% against 63,9%, $p=0,000$), arthralgic (51,7% against 30,7%, $p=0,001$) and fever (33,7% against 7,2%, $p=0,000$) syndromes have been recorded more often, whilst the signs of asthenoneurotic (61,5% against 91,6%, $p=0,000$), vegetative dysfunction (7,7% against 54,8%, $p=0,000$), abdominal pain (30,8% against 73,1%, $p=0,000$) and hepatomegalic (57,7% against 89,8%, $p=0,000$) syndromes have been rarely recorded; the hemogram showed higher counts of white blood cells, monocytes, as well as higher rates of sedimentation of red blood cells and platelets (39,7 (IQR

31,5-44,6) against 32,5 (IQR 25,7-38,2)% (p=0,000), 11,0 (IQR 9,0-13,9) against 6,0 (IQR 4,0-9,0)% (p=0,000), 12,0 (IQR 7,0-26,0) against 6,0 (IQR 3,0-10,0) mm/h (p=0,000) and 187,5 (IQR 87,1-231,7) against 160,0 (IQR 140,0-190,0) x10⁹/L (p=0,000), respectively); erythropenia (24,0% against 4,2%, p=0,000), lymphocytosis (51,0% against 25,3%, p=0,000) and accelerated ERS has been recorded more often, whereas thrombocytopenia (24,0% against 54,8%, p=0,000) has been rarely recorded; the biochemical blood test showed higher indices of the gamma-glutamyl transpeptidase (83,0 (IQR 49,5-120,0) against 45,5 (IQR 29,0-84,7) U/l, p=0,000); bigger proportion of patients with Stage F₂ liver fibrosis (42,3% against 25,3%, p=0,004) and smaller proportion of patients with Stage F₄ liver fibrosis (5,8% against 23,5%, p=0,000) have been registered.

Keywords: HIV-infection, chronic Hepatitis C, coinfection, clinical and laboratory characteristics.

Дубинська Галина Михайлівна, д. мед. н., професор, зав. кафедри інфекційних хвороб з епідеміологією, 0532502701, infectionumsa@ukr.net;

Коваль Тетяна Ігорівна, к. мед. н., доцент кафедри інфекційних хвороб з епідеміологією, 0532502701, infectionumsa@ukr.net;

Сизова Людмила Михайлівна, к. мед. н., асистент кафедри інфекційних хвороб з епідеміологією, 0532502701, infectionumsa@ukr.net.