

гався при виписці у 5 (33,3%) осіб, через 1 міс. – у 4 (26,7%), через 3 міс. – у 2 (13,3%). Вестибулоатактичний синдром був при виписці у 7 (46,7%), через 1 міс. – у 7 (46,7%), через 3 міс. – у 5 (33,3%), через 6 міс. – у 4 (26,7%), через 12 міс. – у 2 (13,3%) хворих. Пірамідна недостатність зафіксована при виписці зі стаціонару у 6 (40,0%) пацієнтів і залишалась у 4 (26,7%) до 6 міс., у 2 (13,3%) – до 3 міс. Парези були до 3 міс. у 2 (13,3%) хворих. Когнітивні порушення спостерігались в 1 (6,7%) хворого протягом 3 міс. після виписки. Лікворно-гіпертензійного синдрому не відзначали.

Через рік після виписки зі стаціонару повне одужання наступило у 32,0% хворих з реактивацією герпесвірусів та у 60,0% – на фоні персистенції.

Таким чином, спостереження за хворими з герпесвірусними ураженнями нервової системи встановило повне одужання через рік при персистенції герпесвірусів у 60,0% пацієнтів і лише у 32,0% – при їх реактивації. Неврологічні синдроми частіше і довше спостерігались у хворих на ураження нервової системи при реактивації вірусів родини герпесу.

*Ю.Ю. Рябоконт, М.А. Андрейчин*

**ПРОГНОСТИЧНА ЗНАЧИМІСТЬ ЛАБОРАТОРНИХ  
ПАРАМЕТРІВ В ОЦІНЦІ РИЗИКУ МАНІФЕСТАЦІЇ  
КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ГЕМОРАГІЧНОГО  
КРІОГЛОБУЛІНЕМІЧНОГО ВАСКУЛІТУ У ХВОРИХ  
НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С**

Медичний університет, м. Запоріжжя,  
Медичний університет ім. І.Я. Горбачевського, м. Тернопіль

Актуальність хронічного гепатиту С (ХГС) обумовлена не лише високим ризиком розвитку цирозу печінки й гепатоцелюлярної карциноми, а й значною частотою формування позапечінкових проявів, основним з яких є змішана кріоглобулінемія (КГЕ).

Мета роботи – визначити прогностичний вплив генотипу вірусу HCV, автоімунних порушень й ендотеліальної дисфункції

на ризик клінічної маніфестації геморагічного кріоглобулінемічного васкуліту у хворих на ХГС.

Для оцінки прогностичної значимості окремих лабораторних параметрів у маніфестації клінічних проявів геморагічного КГЕ-васкуліту у хворих на ХГС застосовували статистичний аналіз Каплана-Майєра. Було проведено статистичну оцінку прогностичної значущості в ризику маніфестації клінічних проявів геморагічного КГЕ-васкуліту у хворих на ХГС таких лабораторних параметрів на момент включення цих пацієнтів у динамічне спостереження: генотип HCV (1-ий генотип або не 1-ий генотип); змішані кріоглобуліни (наявність або відсутність змішаних кріоглобулінів у сироватці крові); RF-IgM (позитивний або негативний RF-IgM у сироватці крові); кардіоліпін IgM (позитивний або негативний кардіоліпін IgM у сироватці крові); ендотелін-1 (підвищений або незмінений вміст ендотеліну-1 у сироватці крові). Різницю в термінах появи клінічних ознак геморагічного КГЕ-васкуліту у хворих на ХГС окремих груп (однофакторний аналіз) оцінювали за допомогою long-rank критерію. При проведенні цього аналізу середній період спостереження за хворими на ХГС склав 31,4 тиж. Рівень значущості визначали як  $p < 0,05$ .

За даними проведеного аналізу, статистично достовірними виявилися результати щодо оцінки їх прогностичної значущості дослідження ендотелійзалежної функції ендотелію, а саме вмісту ендотеліну-1 у сироватці крові хворих на ХГС (long-rank=0,007), у термінах появи клінічних проявів HCV-асоційованого геморагічного КГЕ-васкуліту. Розподіл пацієнтів у групі з підвищеним вмістом ендотеліну-1 у сироватці крові виявився таким: 24 (64,9%) – нецензуровані та 13 (35,1%) – цензуровані, а розподіл хворих на ХГС у групі пацієнтів з нормальним вмістом ендотеліну-1 у сироватці крові був представлений таким чином: нецензуровані – 5 (25,0%) і 15 (75,0%) – цензуровані. Тобто у хворих на ХГС за умов наявності ендотеліальної дисфункції, що підтверджена підвищеним вмістом ендотеліну-1 у сироватці крові, розвиток цієї несприятливої події збільшувався на 39,9%.

При аналізі прогностичної значимості 1-го або не 1-го генотипу HCV не було зафіксовано статистично значущої різниці (long-rank=0,45) у термінах появи клінічних проявів HCV-асоційованого геморагічного КГЕ-васкуліту. Статистично значущої

різниці не було зафіксовано й при аналізі лабораторних параметрів, які відображають автоімунні порушення, а саме наявності або відсутності біохімічних ознак змішаної КГЕ у хворих на ХГС на момент включення в дослідження (long-rank=0,19), RF-IgM у сироватці крові (long-rank = 0,96), кардіоліпіну IgM у сироватці крові (long-rank=0,90).

Отже, незалежним прогностичним фактором ризику появи клінічних ознак геморагічного кріоглобулінемічного васкуліту у хворих на ХГС є розвиток ендотеліальної дисфункції з підвищенням вмісту ендотеліну-1 у сироватці крові, що збільшує розвиток цієї несприятливої події на 39,9%.

*К.Л. Сервецький, Т.В. Чабан, Н.В. Верба*

## **ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ЗМІН У ТРОМБОЦИТАРНІЙ ЛАНЦІ ГЕМОСТАЗУ І СТАНУ АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С**

Національний медичний університет, м. Одеса

На сьогодні відомо досить багато причин розвитку тромбоцитопенії (ТП) у хворих на хронічний гепатит С (ХГС), серед яких гіперспленізм, зменшення продукції тромбopoетинів, імуноопосередковані ТП внаслідок продукції автоантитіл до глікопротеїнів тромбоцитів та ін. Але, з іншого боку, останніми роками все більше уваги приділяється вивченню участі процесів перекисного окислення ліпідів у розвитку ТП у хворих на ХГС. Дослідження цих процесів допоможе поліпшити ранню діагностику ТП і підвищити ефективність лікування.

Мета дослідження: вивчити показники тромбоцитарної ланки гемостазу і функціональну спроможність антиоксидантної системи (АОС) у хворих на ХГС з протипоказаннями до інтерферонотерапії.

Під спостереженням знаходились 35 хворих на ХГС з помірно вираженою активністю гепатиту (активність АлАТ і АсАТ не перевищувала 3 норм). Діагноз ХГС підтверджували наявністю у сироватці крові хворих антитіл і RNA HCV. Про зміни у тромбоцитарній ланці гемостазу судили за такими показниками: загальна кількість тромбоцитів (ЗКТ), середній