

нов. Менее часто ВГС вызывает фокальный сегментарный гломерулярный склероз или пролиферативный гломерулонефрит [3, 4].

Поражение щитовидной железы может проявляться как непосредственно при ВГС, так и на фоне интерферонотерапии. Чаще всего это гипотиреозидизм, однако возможны и гипертиреоидные состояния (аутоантитела выявляют у 5,2–12,5 % больных, чаще у женщин) [4].

Кроме того, высказано предположение о прямом повреждающем действии на миокард core-белка ВГС. Непрямой иммуноопосредованный путь повреждения миокарда осуществляется при участии В-, Т-клеток и макрофагов. Обнаружение цепей (+) и (–) РНК ВГС в ткани миокарда у больных миокардитом, дилатационной миокардиопатией и цепи (+) РНК ВГС в миокарде больных гипертрофической кардиомиопатией, сочетающихся с инфекцией ВГС, позволяют обсуждать возможность репликации ВГС в ткани миокарда, а также роль реакций клеточного иммунитета на тканевые антигены вируса и индуцированные им аутоантигены, роль иммунных комплексов в патогенезе поражения миокарда [3].

Антитела к циклическому цитруллиновому пептиду обнаруживаются менее чем у 6 % больных с артритом, ассоциированным сВГС, что можно использовать для дифференциальной диагностики ревматоидного артрита и поражения суставов в рамках инфекции ВГС [2]. Наличие синдрома Шенгрена у больных с инфекцией ВГС является фактором риска развития злокачественной В-клеточной лимфомы [3].

Выводы

Таким образом, пораженные ткани могут становиться резервуаром для ВГС и играть важную роль в персистенции и реактивации вируса [2]. Данное положение позволяет рассматривать вирусный гепатит не просто как заболевание печени, а как системный (генерализованный) патологический процесс.

ЛИТЕРАТУРА

1. Хронический вирусный гепатит / З. Г. Апросина [и др.]. — М.: Медицина, 2002. — 384 с.
2. *Игнатова, Т. М.* Лечение внепеченочных проявлений хронической HCV-инфекции / Т. М. Игнатова // Клиническая гепатология. — 2005. — № 1. — С. 3–11.
3. Геморрагический кожный васкулит у больных хроническим гепатитом С с криоглобулинемией / С. Милованова [и др.]. // Врач. — 2011. — № 4. — С. 101–104.
4. *Милованова, С.* Особенности внепеченочных проявлений хронического гепатита С при криоглобулинемии / С. Милованова // Врач. — 2005. — № 5. — С. 27–29.
5. Структурно-функциональные особенности щитовидной железы у пациентов с хроническими гепатитами В и С / Е. В. Галян [и др.]. // Бюл сиб мед. — 2009. — № 2. — С. 96–100.

УДК 616.36-002.2-036.12:615

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТРЕХ СХЕМ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА В

Бандель В. Е.

Научный руководитель: д.м.н., доцент *В. М. Мицура*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Вирусный гепатит В является одной из основных причин хронической патологии печени, может вызвать такие последствия как цирроз печени, гепатоцеллюлярную карциному и в ряде случаев — необходимость трансплантации данного органа. По данным ВОЗ, до 2 млрд человек в мире инфицировано гепатитом В (HBV), а около 350 млн имеют хроническую форму данного заболевания. По оценкам экспертов, до 600 тыс. носителей вируса ежегодно умирают от острой или хронической формы указанной нозологии. Имеются данные, что у лиц, инфицированных HBV, риск развития гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК) в 25 раз выше, чем у неинфицированных, а 50–55 % случаев ГЦК связаны именно с HBV-инфекцией. Однако в по-

следние годы появились неопровержимые доказательства возможности успешного проведения этиотропной терапии, которая у многих пациентов ведет к ремиссии заболевания или, по меньшей мере, к частичной обратимости патологических изменений печеночной ткани. Рациональный выбор схемы противовирусной терапии позволяет улучшить выживаемость пациентов, уменьшить летальность, риск развития цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы, оптимизировать затраты на лечение [2, 3].

При лечении оценивается биохимический ответ (нормализация АЛТ), клиренс HBsAg (состояние, близкое к клиническому излечению), HBeAg — сероконверсия (исчезновение HBeAg с появлением антител к нему) и вирусологический ответ — клиренс ДНК HBV или поддержание вирусной нагрузки HBV на уровне менее 2000 МЕ/мл [2].

Имеются два основных подхода к выбору схемы лечения: 1) интерфероны α (ИФН- α): стандартный и пегилированный (из последних одобрен для лечения ХГВ только ПЭГ-ИФН- α 2а); 2) аналоги нуклеозидов (АН): ламивудин, адефовир, энтекавир, телбивудин, тенофовир. Ведущие научные организации мира: AASLD (American Association for the Study of Liver Diseases), APASL (Asian Pacific Association for the Study of the Liver), EASL (European Association for the Study of the Liver) рекомендуют рассматривать в качестве терапии ХГВ первой линии ПЭГ-ИФН- α 2а, тенофовир и энтекавир. Лечение препаратами пегилированного интерферона к настоящему времени демонстрирует максимальную частоту достижения сероконверсии HBe/ анти-HBe при HBe-позитивном гепатите (30 %), сероконверсии HBsAg/анти-HBs (3–4 %), устойчивого вирусологического ответа (30 %) после отмены терапии по сравнению с другими группами препаратов при стандартной ее длительности 48 нед. [1, 2]. Для ламивудина, применяемого ранее, характерна высокая частота развития вирусной резистентности (через 1 год от начала лечения 24 % пациентов, а через 5 лет — до 70 % перестают отвечать на ламивудин). Тенофовир, доступный в Республике Беларусь с 2013 г., характеризуется низкой частотой формирования резистентности [3].

Цель

Оценить фармакоэкономическую эффективность применения трех схем терапии (ПЭГ-ИФН- α 2а, ламивудин, тенофовир) при лечении хронического гепатита В (ХГВ).

Материал и методы исследования

Для фармакоэкономического анализа использовался учет затрат, эффективности одного курса терапии ХГВ, а также критерий «затраты — эффективность». При этом учитывалось, что длительность терапии хронического гепатита В ПЭГ-ИФН- α 2а (Пегасис) составляет 48 недель, ламивудином и тенофовиром — длительно, до пожизненного. Учитывались только прямые затраты на лечение (средняя стоимость препаратов в млн. белорусских рублей в аптечной сети на 21 февраля 2016 г согласно данным сайта tabletka.by). Учитывалась стоимость препарата Пегасис на момент проведения исследования по схеме 4 + 2 (т. е. пациент оплачивает 4 дозы препарата, а 2 получает бесплатно). Стоимость препаратов рассчитывались исходя из дозы ПЭГ-ИФН- α 2а (Пегасис) — 180 мкг/нед. (длительность терапии 48 нед., стоимость 32 шприц-тюбиков), Ламивудина 100 мг × 28 (13 упаковок на 12 мес.), Тенофовира 245 мг × 30 (12 упаковок на 12 мес.). Вирусологический ответ на препараты определялся как отсутствие ДНК HBV по данным высокочувствительной ПЦР.

Результаты исследования и их обсуждение

Рассмотрим стоимость 12-месячного курса лечения ПЭГ-ИФН альфа-2а и НА (Тенофовир, Ламивудин). Стоимость ПЭГ-ИФН альфа 2а — 146 млн бел. руб. Эффективность для HBeAg-позитивных пациентов составляет 14 %, для HBeAg-негативных — 19 % [1]. Таким образом, стоимость одной ремиссии для HBeAg-позитивных пациентов будет составлять 104 млн бел руб, для HBeAg-негативных — 76,8 млн бел. руб.

Эффективность ламивудина для HBeAg-позитивных пациентов составляет 40 %, для HBeAg-негативных — 72 % [1]. Стоимость терапии его стоимости, равной ~ 19 млн бел. руб. и затрате на ремиссию для HBeAg-позитивных пациентов равную 47,5 млн бел. руб., а для HBeAg-негативных — 26,3 млн бел. руб.

Терапия тенофовиром обойдется в 20 млн бел руб, при эффективности 76 и 93 % для HBeAg-позитивных и HBeAg-негативных пациентов соответственно [1]. Стоимость одной

ремиссии составит для HBeAg-положительных пациентов — 27 млн бел. руб., для HBeAg-отрицательных — 22 млн бел. руб.

По литературным данным [1], исчезновение HBsAg у HBeAg-положительных пациентов отмечается у 3 % после 12 месяцев лечения ПЭГ-ИФН альфа-2а, 0–1 % — ламивудином, 3 % — тенофовиром. Для HBeAg-отрицательных пациентов — 4, 0 и 0 %, соответственно. Частота исчезновения HBsAg после завершения терапии ПЭГ ИФН возрастает у пациентов и после лечения (через 5 лет достигает 12 %, а у лиц со стойким вирусологическим ответом — до 40 %), а при продолжении терапии АН также возрастает исключительно в первые 4–5 лет терапии у пациентов с HBeAg-отрицательным ХГВ, не превышая 3–5 % [1,].

Выводы

В настоящее время при ХГВ с признаками активности процесса назначается противовирусная терапия, направленная на устойчивое подавление репликативной активности вируса, что способствует регрессу фиброза печени, профилактике развития ЦП и его осложнений. К сожалению, лечение ХГВ в Республике Беларусь сейчас проводится за счет средств самих пациентов, а его стоимость остается высокой. Необходимо шире внедрять различные государственные программы по бесплатному доступу к противовирусному лечению ХГВ для профилактики неблагоприятных исходов инфекции. Для этого необходимо использовать фармакоэкономический анализ доступных схем лечения.

Курс лечения ПЭГ ИФН альфа-2а дороже, чем курс лечения нуклеозидными аналогами Тенофовир и Ламивудин. Однако, с учетом длительности терапии АН и нарастания эффективности ПЭГ ИФН альфа-2а после окончания лечения, через несколько лет затраты будут сопоставимы, а вероятность клинического излечения (клиренса HBsAg) — выше при лечении ПЭГ ИФН альфа-2а.

ЛИТЕРАТУРА

1. European Association For The Study of The Liver EASL clinical practice guidelines: Management of chronic hepatitis B infection // J. Hepatol. — 2012. — Vol. 57, № 1. — P. 167–185.
2. Hepatology 2013. A clinical textbook (www.HepatologyTextbook.com) / Ed. by S. Mauss [et al.]. — Flying Publisher, 2013. — 574 p.
3. Hepatitis B: Epidemiology and prevention in developing countries / E. Franco [et al.] // World J. Hepatol. — 2012. — Vol. 4, № 3. — P. 74–80.

УДК 616.98:578.828

ИЗУЧЕНИЕ СТЕПЕНИ ИНФОРМИРОВАННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ О ПРОБЛЕМЕ ВИЧ/СПИД

Банузова Е. А., Ключинская С. И.

Научный руководитель: преподаватель И. В. Пасько

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский колледж»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Сейчас в мире, пожалуй, нет взрослого человека, который не знал бы, о существовании ВИЧ-инфекции. «Чума XX века» уверенно перешагнула в XXI в. и продолжает прогрессировать. Распространенность ВИЧ носит сейчас характер настоящей пандемии, которую не останавливают межгосударственные границы, социально-экономические, политические, этнические и другие различия.

Для Беларуси, как и для многих других стран, проблема ВИЧ/СПИД не теряет своей актуальности, а набирает новые обороты: на учете значатся тысячи инфицированных и сотни больных СПИДом.

За весь период наблюдения по Республике Беларусь (с 1987 г. по 1 ноября 2015 г.) среди населения зарегистрировано 19406 случаев ВИЧ-инфекции.

По статистическим данным в Гомельской области на 1 ноября 2015 г. зарегистрировано 8744 случая ВИЧ-инфекции. Количество людей, живущих с ВИЧ — 6245 человека (показатель распространенности 438,5 на 100 тыс. населения).