

Выводы

Выбирая лекарства для лечения стресса и (или) тревоги, студенты часто в первую очередь доверяют советам друзей и знакомых, а не советам врачей. Студенты предпочитают лекарства, отпускаемые без рецепта, из-за более легкого доступа к лечению. Следует отметить, что эффективность некоторых лекарств, используемых студентами, для снятия тревоги и стресса не доказана. Все это говорит о том, что профессорско-преподавательскому составу медицинских вузов необходимо целенаправленно работать над обеспечением студентов профессиональными подходами к подбору препаратов для лечения тревоги и стресса.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Wolf, T. M. Stress, coping and health: Enhancing well-being during medical school / T. M. Wolf // Med. Educ. – 1994. – № 28. – P. 8–17.
2. Rynn, M. A. Generalized anxiety disorder: Acute and chronic treatment / M. A. Rynn, O. Brawman-Mintzer // CNS Spectr. – 2004. – № 9. – P. 716–723.
3. Eysenck, M. W. Anxiety and cognitive performance: Attentional control theory / M. W. Eysenck, N. Derakshan, R. Santos, M. G. Calvo // Emotion. – 2007. – № 7. – P. 336–353.
4. Moran, T. P. Anxiety and working memory capacity: A meta-analysis and narrative review / T. P. Moran // Psychol. Bull. – 2016. – № 142. – P. 831–864.
5. The effects of anxiety and situation-specific context on perceptual-motor skill: A multi-level investigation / O. R. Runswick [et al.] // Psychol. Res. – 2018. – № 82. – P. 708–719.

УДК 615.281.8:[616.36-002-036.12:578.891]

А. Д. Шур, Е. А. Ахременко, А. В. Киселевич, М. Н. Мирге

Научный руководитель: д.м.н., профессор Е. И. Михайлова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ПРЕПАРАТЫ ПРЯМОГО ПРОТИВОВИРУСНОГО ДЕЙСТВИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С, ВЫЗВАННОГО ВИРУСОМ ГЕНОТИПА 1

Введение

Глобальное бремя хронических вирусных гепатитов С (ХВГС) сохраняется на высоком уровне и составляет примерно 58 миллионов человек, при этом ежегодно выявляется около 1,5 миллиона новых случаев заболевания. По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), только в 2019 г. от вирусного гепатита С умерло около 290 000 человек, главным образом, в результате гепатоцеллюлярной карциномы и цирроза печени (ЦП) [1]. Известно, что течению инфекции, вызванной вирусом гепатита С (ВГС), длительное время сопутствует практически полное отсутствие симптоматики, что способствует гиподиагностике заболевания на ранних стадиях развития [2]. В 75–85% случаев острый вирусный гепатит переходит в хроническую форму заболевания [3], что создает риск перехода в ЦП в пределах 20 лет на уровне 15–30% [1]. В свою очередь, ЦП приводит к ежегодному риску печеночной декомпенсации и развитию гепатоцеллюлярной карциномы в 3–6% и 1–5%, соответственно [4]. Успешная эрадикация ВГС останавливает прогрессирование заболевания и приводит к частичной регрессии фиброза, что снижает уровень летальности и риск развития гепатоцеллюлярной карциномы [5, 6].

Противовирусная терапия препаратами прямого противовирусного действия (ПППД), которая пришла на смену не всегда эффективной и безопасной интерферонотерапии, привела к качественным изменениям в лечении хронической инфекции ВГС. Вы-

ские показатели излечения с использованием современных схем терапии ПППД с высоким профилем безопасности позволяют искоренить проблему на глобальном уровне, в связи с чем ВОЗ обратилась с призывом к ликвидации вирусного гепатита как угрозы для общественного здравоохранения к 2030 г. [7].

Важным компонентом достижения высоких показателей излечения у большего пула пациентов с ХГВС является доступность эффективной и безопасной противовирусной терапии, которая в РБ обеспечивается за счет средств бюджета в соответствии с приказом Министерства здравоохранения № 51 от 24.01.2018 [8].

Цель

Изучить частоту использования и эффективность разных схем ПППД у пациентов с хроническим вирусным гепатитом С, вызванным вирусом генотипа 1.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 245 амбулаторных карт пациентов с установленным диагнозом ХГВС, находящихся на диспансерном учете у врачей-инфекционистов в поликлиниках г. Гомеля и прошедших полный курс терапии ПППД. Среди субъектов исследования было 130 (53,1%) мужчин и 115 (46,9%) женщин. Средний возраст испытуемых составил $47,9 \pm 30$ лет.

Диагноз ХГВС был выставлен в соответствии с клиническим протоколом «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с хроническим вирусным гепатитами В и С» № 19 от 19.03.2019 г. [9].

Для лечения пациентов с ХГВС использовались стандартные подходы назначению и схемы применения ПППД: Софосбувир (SOF, нуклеозидный ингибитор NS5B РНК-полимеразы)/даклатасвир (DCV, ингибитор NS5A) в течение 12 или 24 недель; SOF/DCV+рибавирин (RBV, синтетический аналог гуанозина) в течение 12 недель; SOF/ледипасвир (LDV, ингибитор NS5A) в течение 12 или 24 недель; SOF/LDV+RBV в течение 12 недель; SOF/велпатасвир (VEL, ингибитор NS5A) в течение 12 недель.

Для контроля эффективности противовирусной терапии проводили количественное определение РНК ВГС в сыворотке крови методом ПЦР (Roche COBAS TaqMan, нижний порог определения 10 МЕ/мл) через 4 недели после начала лечения (быстрый вирусологический ответ; БВО), через 12 недель после начала лечения (ранний вирусологический ответ; РВО), через 12 недель после окончания курса терапии (устойчивый вирусологический ответ через 12 недель после окончания лечения; УВО 12) и через 24 недели (устойчивый вирусологический ответ через 24 недели после окончания лечения; УВО 24).

Для создания первичной базы данных и их статистической обработки использовали редактор электронных таблиц Microsoft Excel 2019. Возраст субъектов исследования представлен в виде $M \pm m$, где M – среднее арифметическое, m – ошибка среднего, остальные полученные данные – в абсолютных и относительных величинах.

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты анализа показали, что среди 245 изученных амбулаторных карт пациентов с ХГВС наиболее часто встречался генотип 1, который был выявлен у 158 (64,5%) человек. Реже встречались генотип 3 (81 человек; 33,1%) и генотип 2 (6 человек; 2,4%). Генотип не был идентифицирован у 6 (2,4%) пациентов (рисунок 1).

Среди 158 человек с ВГС генотипа 1 субтипирование вируса было проведено у 47 (29,75%) пациентов. Наиболее распространенным оказался субтип 1b, который имел место у 46 (97,9%) человек. Реже встречался субтип 1a (1 человек; 0,6%). Полученные результаты не противоречат данным других исследователей, согласно которым наиболее распространенным является генотип 1 (63,83%), субтип 1b генотипа I (85,71%) и 3 генотип (26,95%) [10].

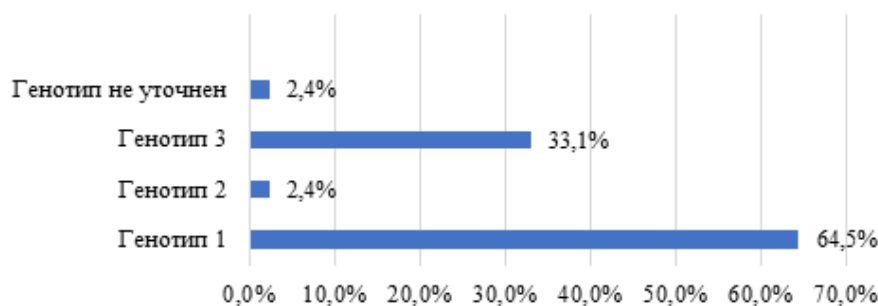


Рисунок 1 – Распределение генотипов ВГС среди пациентов с ХВГС

У большинства пациентов с ХВГС (91,1%) лечение проводилось с использованием 12-недельной схемы SOF + DCV. Остальные схемы использовались значительно реже. Например, 12-недельная схема SOF + VEL имела место в 5,1% случаев, 24-недельная схема SOF + DCV – только в 0,25% случаев. У 95,7% пациентов с субтипом 1b использовалась 12-недельная схема SOF + DCV, у единственного пациента с субтипом 1a 12-недельная схема SOF + VEL (таблица 1).

Таблица 1 – Схемы лечения ПППЖ и длительность их назначения у пациентов с ХВГС, вызванным вирусом генотипа 1

Схема лечения		SOF + DCV		SOF+DCV+RB	SOF+LDV		SOF+VEL	SOF+LDV+RB
Длительность лечения, недели		12	24	12	12	24	12	12
n = 158	Генотип 1	140 (88,6%)	4 (2,5%)	2 (1,2%)	2 (1,3%)	1 (0,6%)	8 (5,1%)	1 (0,02%)
n = 47	Субтип 1a	–	–	–	–	–	–	1 (0,02%)
	Субтип 1b	45 (95,7%)	–	–	–	–	1 (0,02%)	–

Среди пациентов, сдавших контрольные анализы, БВО был достигнут в 91,1% случаев для генотипа 1, в 94,3% случаев для субтипа 1b и 100,0% случаев для субтипа 1a, РВО – в 96,4, 94,6 и 100,0% случаев, соответственно. Все обследованные пациенты продемонстрировали достижение УВО 12. УВО 24 имел место в 97,4% случаев для генотипа 1, в 97,1% случаев для субтипа 1b и 100,0% случаев для субтипа 1a (таблица 2). Результаты согласуются с данными других исследователей [10].

Таблица 2 – Эффективность терапии разными схемами ПППД у пациентов с хроническим вирусным гепатитом С, вызванным вирусом генотипа 1

Результат	БВО			РВО			УВО 12			УВО 24		
	Абс. Проц.	Генотип и субтипы генотипа вируса гепатита С										
		1	1b	1a	1	1b	1a	1	1b	1a	1	1b
Есть	72 91,1	33 94,3	1 100,0	108 96,4	35 94,6	1 100,0	53 100,0	24 100,0	0	74 97,4	33 97,1	1 100,0
Нет	7 8,9	2 5,7	0	4 3,6	2 5,4	0	0	0	0	2 2,6	1 2,9	0
Не определен	79 50,0	11 23,9	0	46 29,1	9 19,6	0	105 66,5	22 47,8	1 100,0	82 51,9	12 26,1	0

Выводы

1. У большинства пациентов с ХВГС (91,1 %), инфицированных вирусом 1-го генотипа, использовалась 12-недельная схема SOF + DCV.
2. ЛечениеПППД показало высокую эффективность, позволяющую добиться у пациентов с ХВГС, инфицированных вирусом 1-го генотипа, добиться достижения УВО 24 в 97,4% случаев.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. World Health Organization: Global Hepatitis Programme. Global hepatitis report, 2019. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246177/WHO-HIV-2016.06-eng.pdf>. – Дата доступа: 06.03.2024.
2. Acute Hepatitis C in a Contemporary US Cohort: Modes of Acquisition and Factors Influencing Viral Clearance / C. C. Wang [et al.] // Journal of Infectious Diseases. – 2007. – № 196 (10). – P. 1474–1482.
3. Chen, S. L. The natural history of hepatitis C virus (HCV) infection / S. L. Chen, T. R. Morgan // International Journal of Medical Sciences. – 2006. – № 3 (2). – P. 47–52.
4. Westbrook, R. H. Natural history of hepatitis C / R. H. Westbrook, G. Dusheiko // Journal of Hepatology. – 2014. – № 61. – P. 58–68.
5. Incidence of hepatocellular carcinoma in patients with HCV-associated cirrhosis treated with direct-acting antiviral agents. / V. Calvaruso [et al.] // Gastroenterology. – 2018. – № 155 (2). – P. 411–421.
6. Impact of new direct-acting antiviral drugs on hepatitis C virus-related decompensated liver cirrhosis / M. Essa [et al.] // European Journal of Gastroenterology and Hepatology. – 2019. – № 31 (1). – P. 53–58.
7. Нарлапревир, ритонавир и софосбувир у пациентов с хроническим гепатитом С, инфицированных генотипом 1 вируса, без цирроза печени / Е. А. Климова [и др.] // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. – 2020. – Т. 9, № 1. – С. 50–56. – doi: 10.33029/2305-3496-2020-9-1-50-56.
8. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24.01.2018 № 51 «Об утверждении Инструкции о порядке назначения лекарственных средств Софосбувир, Даклатасвир, Софосбувир/Ледипасвир, Рибавирин и оценке эффективности лечения у пациентов с вирусным гепатитом С» [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://bii.by>. – Дата доступа: 06.03.2024.
9. Клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с хроническим вирусным гепатитами В и С» № 19 от 19.03.2019 г. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://minzdrav.gov.by>. – Дата доступа: 06.03.2024.
10. Матвеевко, А. В. Сравнительная эффективность терапии хронического гепатита с схемами лекарственных средств прямого действия / А. В. Матвеевко, Д. А. Виноградова, Д. В. Литвинчук // Инновации в медицине и фармации – 2018 [Электронный ресурс] : сб. материалов дистанцион. науч.-практ. конф студентов и молодых ученых, Минск, 4 нояб. 2018 г. / под ред. А. В. Сикорского, В. Я. Хрыщановича. – Минск : БГМУ, 2018. – С. 90–94.

УДК 613.6

D. A. Achilova¹

Supervisor: Ph.D., Associate Professor Sh.T. Ziyaeva²

¹Educational Establishment

“Tashkent Pediatric Medical Institute”

Tashkent, Republic of Uzbekistan

²“St. Petersburg State Pediatric Medical University”

St. Petersburg, Russian Federation

PRIMARY PREVENTION AMONG STUDENTS

Introduction

In modern society, due to ignoring a healthy lifestyle, more and more young people are facing problems related to cardiovascular diseases. While primary prevention focuses mainly on correcting arterial hypertension and hyperlipidemia, it is also important to influence behavioral and biological risk factors. Dietary changes, increased physical activity, and smoking cessation are specific actions aimed at successfully reducing the risk of cardiovascular diseases (CVD) at both individual and societal levels [1]. Maintaining a healthy lifestyle can potentially impact risk factors such as overweight, hyperlipidemia, diabetes, and arterial hypertension.