

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕПАРАТАМИ ИНТЕРФЕРОНОВ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С

Красавцев Е.Л.

Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь

Резюме. После окончания терапии препаратами интерферонов наблюдалось 183 пациента с хроническим гепатитом С. Среди пациентов с 1b генотипом HCV устойчивый или длительный вирусологический ответ был лишь у 9,6% больных, у пациентов с другими генотипами HCV — у 38,6%. Чаще устойчивый или длительный вирусологический ответ наблюдался у женщин с вирусной нагрузкой менее 500 000 копий/мл. Этот ответ встречался при применении высоких начальных доз препаратов интерферонов и при лечении препаратами интерферона и рибавирином примерно с одинаковой частотой у больных с различными генотипами вируса гепатита С.

Ключевые слова: хронический вирусный гепатит С, генотип вируса, интерферонотерапия, отдаленный вирусологический ответ.

Введение. Принимая решение о лечении хронического гепатита С (ХГС) в каждом случае необходимо оценить возможные неблагоприятные прогностические факторы, влияющие на результат противовирусной терапии. Такими, из числа относящихся к характеристике вируса, являются: высокий уровень вирусемии, наличие HCV-мутантов, 1 генотип HCV (особенно 1b). Неблагоприятные факторы со стороны пациента: мужской пол, возраст старше 50 лет, длительное инфицирование, наличие цирроза печени, низкий исходный уровень аминотрансфераз, гранулы железа, выявленные при морфологическом исследовании ткани печени (высокий уровень сывороточного железа и ферритина), синдром холестаза [1–4]. В настоящее время стандартом терапии является комбинированная терапия Пегилированными формами интерферонов и рибавирином [5]. В то же время в странах, где это достаточно дорогостоящее лечение остается малодоступным большинству пациентов, актуальным является применение для терапии ХГС стандартных препаратов интерферонов с рибавирином.

Поскольку при ХГС частота достижения как первичной, так и стабильной длительной ремиссии на фоне лечения стандартными интерферонами низка, идет активный поиск подходов, которые помогли бы выявить больных с наиболее высокой вероятностью ремиссии [6, 7].

Существуют унифицированные критерии оценки эффективности с выделением биохимического (нормализация АЛТ) и вирусологического ответа (элиминация РНК или снижение титра РНК HCV на 2 порядка и более). При этом выделяют следующие варианты [3]:

1. Ранний ответ — спустя 12 недель от начала терапии.
2. Первичный ответ — на момент завершения лечения.
3. Устойчивый ответ — через 6 мес. после окончания терапии.
4. Длительный ответ — через 12 мес.
5. Не-ответ.
6. Частичный ответ — только биохимический.

Цель: определить исходы терапии препаратами стандартных интерферонов у пациентов ХГС различного пола, возраста, с различными генотипами вируса, вирусной нагрузкой, при различных схемах лечения.

Материал и методы. После терапии препаратами интерферонов наблюдалось 183 пациентов (64 женщины и 119 мужчин) в возрасте от 3 до 62 лет. Диагноз был подтвержден у всех пациентов обнаружением РНК HCV до начала проведения противовирусной терапии. Препараты ИФН назначались пациентам с 1996 г., когда эти препараты стали применяться в Республике Беларусь для лечения ХГС, и в это время предлагались разнообразные показания и различные схемы лечения. Этим объясняется тот факт, что некоторые пациенты получали ИФН при отсутствии биохимической активности и 6-месячные курсы при неизвестном генотипе вируса гепатита С. Комбинированную терапию с рибавирином получали 57 пациентов. Высокие начальные дозы (6 млн МЕ препаратов ИФН) назначались 79 пациентам, остальные (47) получали стандартную схему лечения ИФН (по 3 млн МЕ 3 раза в неделю). Больных с 1b генотипом HCV среди этих пациентов было 73, с другими генотипами — 44. 66 пациентам генотип HCV не был определен. Вирусная нагрузка определялась у 118 обследуемых. Устойчивый или длительный вирусологический ответ был зарегистрирован у 44 пациентов (24%).

Для сравнения различий в частоте вирусологического ответа в различных группах использовались методы непараметрической статистики (χ^2 и Фишера при использовании таблиц 2×2).

Результаты и их обсуждение. Среди пациентов с 1b генотипом HCV устойчивый или длительный вирусологический ответ был лишь у 7 человек из 73 (9,6%). Все эти пациенты были мужчинами. Средний возраст их составил $34,6 \pm 3,8$ года, до 20 лет среди них был лишь один пациент ($14,3 \pm 14,3\%$), а свыше 40 лет — 3 ($42,0 \pm 20,2\%$). 6 ($85,7 \pm 14,3\%$) пациентов получили лечение в течение 12 мес. и 1 — 6 мес. Высокодозное начало было назначено 3 ($42,9 \pm 20,2\%$), комбинированная терапия с рибавирином — 4 ($57,1 \pm 10,2\%$) пациентам. Монотерапию не получал ни один пациент с 1b генотипом HCV среди лиц с устойчивым или длительным вирусологическим ответом.

Устойчивый или длительный вирусологический ответ не наблюдался у 66 пациентов с 1b генотипом HCV. Мужчин среди них было 48 ($72,7 \pm 5,5\%$), женщин — 18 ($27,3 \pm 5,5\%$). Средний возраст составил $33,7 \pm 1,8$ года, пациентов до 20 лет было 12 ($18,2 \pm 4,8\%$), старше 40 лет — 23 ($34,8 \pm 5,9\%$). В течение 12 мес. лечение получали 25 ($37,9 \pm 6,0\%$) пациентов, что статистически значимо реже ($p=0,0404$, $\chi^2=4,2$), чем в группе обследуемых с устойчивым или длительным вирусологическим ответом, в течение 6 мес. — 31 ($47,0 \pm 6,1\%$). 10 пациентам ($15,1 \pm 4,4\%$) терапия препаратами интерфе-

ронов была отменена после 3 мес. лечения в связи с неэффективностью или непереносимостью. Высокодозное начало было назначено 26 (39,4±6,0%), комбинированная терапия с рибавирином — 27 (40,9,1±6,1%) пациентам. 13 пациентов (19,7 ±4,9%) препараты интерферона получали в виде монотерапии. У 23 пациентов наблюдался ранний вирусологический ответ, а у 12 — первичный вирусологический ответ.

Среди пациентов с другими генотипами HCV устойчивый или длительный вирусологический ответ был у 17 человек из 44 (38,6%). Среди них мужчин было 8 (43,7±12,4%), женщин — 9 (56,3±12,4%). Средний возраст их составил 29,6±2,3 года, до 20 лет среди них было два пациента (11,8±8,1%), а свыше 40 лет — 4 (23,5±10,6%). 14 пациентов (82,4±9,5%) получили лечение в течение 12 мес. и 3 (17,6±9,5%) — 6 мес. Высокодозное начало было назначено 8 (47,1±12,5%), комбинированная терапия с рибавирином — 8 (47,1±12,5%) пациентам. Монотерапию получал лишь один больной в этой группе. У одного пациента был зарегистрирован ранний вирусологический не-ответ.

Устойчивый или длительный вирусологический ответ не наблюдался у 27 больных с другими генотипами HCV. Мужчин среди них было 20 (74,1±8,6%), женщин 7 (25,9 ±8,6%). Средний возраст составил 30,3±2,1 года, больных до 20 лет было 3 (11,1±6,2%), старше 40 лет — 4 (14,8±7,0%). В течение 12 мес. лечение получали 10 (37,0±9,5%) пациентов, в течение 6 мес. — 9 (33,3±9,2%). 8 пациентам (29,6±9,0%) терапия препаратами интерферонов была отменена после 3 мес. лечения в связи с неэффективностью или непереносимостью. Высокодозное начало было назначено 12 (44,4±9,7%), комбинированная терапия с рибавирином — 7 (25,9±8,6%) пациентам. 8 пациентов (29,6±9,0%) препараты интерферона получали в виде монотерапии. У 13 пациентов наблюдался ранний вирусологический ответ, а у 6 — первичный вирусологический ответ. Статистически значимых отличий с группой пациентов с устойчивым или длительным вирусологическим ответом не наблюдалось.

Среди обследуемых, у которых генотип HCV не был определен, устойчивый или длительный вирусологический ответ был у 20 человек из 66 (30,3%). Среди них мужчин было 7 (35,0±10,9%), женщин — 13 (65,0±10,9%). Средний возраст их составил 28,65±2,8 года, до 20 лет среди них было 4 пациента (20,0±9,2%), а свыше 40 лет — 3 (15,5±8,2%). Лечение в течение 12 мес. получали 17 (85,0±8,2%) пациентов и 3 (15,0±8,2%) — 6 мес. Высокодозное начало было назначено 7 (35,0±10,9%), комбинированная терапия с рибавирином — 2 (10,0±6,7%) пациентам. Монотерапию получали 11 пациентов (55,0±11,4%) в этой группе. У одного пациента был зарегистрирован ранний вирусологический не-ответ и еще у одного — первичный вирусологический не-ответ.

Устойчивый или длительный вирусологический ответ не наблюдался у 46 пациентов, у которых генотип HCV не был определен. Среди них был 31 мужчина (67,4±6,9%), женщин — 15 (32,6±6,9%). Женщин среди этих пациентов регистрировалось статистически значимо меньше ($p=0,0144$, $\chi^2=5,99$), чем среди пациентов с устойчивым или длительным вирусологическим ответом. Средний возраст составил 28,6±1,5 года, пациентов до 20 лет было 6 (13,0±5,0%), старше 40 лет — 9 (19,6±5,8%). В течение 12 мес. лечение получали 18 (39,1±7,2%) пациентов, что статистически значимо реже ($p=0,0172$, $\chi^2=5,68$), чем в группе с устойчивым или длительным вирусологическим ответом, в течение 6 мес. — 16 (34,8±7,0%). Терапия препаратами интерферонов была отменена после 3 мес. лечения 12 пациентам (26,1±6,5%) в связи с неэффективностью или непереносимостью. Высокодозное начало было назначено 23 (50,0±7,4%), комбинированная терапия с рибавирином — 4 (8,7±4,2%) пациентам. 19 пациентов (41,3±7,3%) препараты интерферона получали в виде монотерапии. У 20 пациентов наблюдался ранний вирусологический ответ, а у 8 — первичный вирусологический ответ. У 4 пациентов, у которых устойчивый или длительный вирусологический ответ не наблюдался непосредственно после лечения, спустя несколько лет при повторном исследовании РНК HCV не обнаруживалась.

Устойчивый или длительный вирусологический ответ после лечения препаратами интерферонов наблюдался как у пациентов с отрицательными результатами выявления РНК HCV на фоне лечения, так и с положительными. Отрицательные результаты при обнаружении РНК HCV во время лечения не всегда соответствовали устойчивому или длительному вирусологическому ответу после окончания лечения. К устойчивому или длительному вирусологическому ответу достоверно чаще приводили 12-месячные курсы терапии (в 40,2±5,1% случаев, $p=0,0001$, $\chi^2=15,58$), чем 6-месячные (11,1±4,0%). Чаще устойчивый или длительный вирусологический ответ наблюдался у женщин (37,3±6,3%, у мужчин — 18,5±3,6%, $p=0,0062$, $\chi^2=7,49$).

Считается, что уровень вирусной нагрузки HCV выше 500 000 копий/мл является неблагоприятным фактором для прогноза эффективности терапии препаратами интерферонов [9].

Эффективность интерферонотерапии больных ХГС с различной вирусной нагрузкой (более и менее 500 000 копий/мл) представлена в таблице 1.

Ранний вирусологический ответ у пациентов с вирусной нагрузкой более 500 000 копий/мл наблюдался у 56 из 84 (66,7%), а у пациентов с вирусной нагрузкой менее 500 000 копий/мл — у 25 из 34 (73,5%). У 44 из 68 обследуемых с вирусной нагрузкой более 500 000 копий/мл (64,7%) регистрировался первичный вирусологический ответ, а у пациентов с вирусной нагрузкой менее 500 000 копий/мл этот ответ был отмечен у 18 из 23 (78,3%). Устойчивый или длительный вирусологический ответ статистически значимо чаще ($p=0,0325$, $\chi^2=4,57$) наблюдался у пациентов с вирусной нагрузкой менее 500 000 копий/мл (у 8 из 19, 42,1%), чем у пациентов с вирусной нагрузкой более 500 000 копий/мл (у 10 из 56, 17,9%).

Таблица 1 — Эффективность интерферонотерапии пациентов с различной вирусной нагрузкой

Ответ на интерферонотерапию	Вирусная нагрузка	
	Менее 500 000 копий/мл	Более 500 000 копий/мл
Ранний ВО, %	73,5±7,6 25/34	66,7±5,1 56/84
Первичный ВО, %	78,3±8,8 18/23	64,7±5,8 44/68
Устойчивый или длительный ВО, %	42,1±11,6* 8/19	17,9±5,1 10/56

Примечание. Статистически значимые различия между группами больных ХГС отмечены * ($p<0,05$).

Нами проведено сравнение эффективности интерферонотерапии у больных ХГС с 1b генотипом и другими генотипами HCV при различной вирусной нагрузке (таблица 2 и 3)

Таблица 2 — Эффективность интерферонотерапии с 1b генотипом HCV с различной вирусной нагрузкой

Ответ на интерферонотерапию	Вирусная нагрузка	
	Менее 500 000 копий/мл	Более 500 000 копий/мл
Ранний ВО, %	46,2±14,4 6/13	52,4±7,7 22/42
Первичный ВО, %	50±22,4 3/6	50±8,8 16/32
Устойчивый или длительный ВО, %	12,5±12,5 1/8	10,7±5,6 3/28

Таблица 3 — Эффективность интерферонотерапии пациентов с другими генотипами HCV с различной вирусной нагрузкой

Ответ на интерферонотерапию	Вирусная нагрузка	
	Менее 500 000 копий/мл	Более 500 000 копий/мл
Ранний ВО, %	94,1±5,9 16/17	80,1±6,2 34/42
Первичный ВО, %	85,7±9,7 12/14	77,8±6,9 28/36
Устойчивый или длительный ВО, %	62,5±18,3 5/8	28,0±9,2 7/25

Ранний вирусологический ответ у пациентов с вирусной нагрузкой более 500 000 копий/мл наблюдался у 22 из 42 (52,4%), а у пациентов с вирусной нагрузкой менее 500 000 копий/мл — у 6 из 13 (46,2%). У 16 из 32 пациентов с вирусной нагрузкой более 500 000 копий/мл (50,0%) регистриро-

вался первичный вирусологический ответ, а у пациентов с вирусной нагрузкой менее 500 000 копий/мл этот ответ был отмечен у 3 из 6 (50,0%). Устойчивый или длительный вирусологический ответ у пациентов с вирусной нагрузкой менее 500 000 копий/мл наблюдался у 1 из 8 (12,5%), а у пациентов с вирусной нагрузкой более 500 000 копий/мл – у 3 из 28 (10,7%).

Ранний вирусологический ответ у пациентов с вирусной нагрузкой более 500 000 копий/мл наблюдался у 34 из 42 (80,1%), а у пациентов с вирусной нагрузкой менее 500 000 копий/мл — у 16 из 17 (94,1%). У 28 из 36 обследуемых с вирусной нагрузкой более 500 000 копий/мл (77,8%) регистрировался первичный вирусологический ответ, а у пациентов с вирусной нагрузкой менее 500 000 копий/мл этот ответ был отмечен у 12 из 14 (85,7,3%). Устойчивый или длительный вирусологический ответ чаще наблюдался у пациентов с вирусной нагрузкой менее 500 000 копий/мл (у 5 из 8, 62,5%), чем у таковых с вирусной нагрузкой более 500 000 копий/мл (у 7 из 25, 28,0%).

Статистически значимых отличий в эффективности интерферонотерапии у пациентов с 1b ХГС и другими генотипами HCV с различной вирусной нагрузкой в разные сроки лечения выявлено не было.

У больных ХГС с 1b генотипом при анализе результатов лечения на сроке 3 месяца при монотерапии препаратами интерферонов ранний вирусологический ответ наблюдался у 2 из 11 пациентов (18,2%), которым удалось провести определение РНК HCV в эти сроки. Ранний биохимический ответ отмечался в этой группе у 6 из 9 больных (66,7%). В группе больных с высокодозным началом интрферонотерапии ранний вирусологический ответ был зарегистрирован у 14 из 16 пациентов (87,5%), которым проводилось вирусологическое исследование в эти сроки, а ранний биохимический ответ — у 3 из 10 больных (30,0%). При комбинированной терапии (интерферон+рибавирин) ранний вирусологический ответ наблюдался у 10 (55,5%) пациентов из 18, которым в эти сроки проводилось это исследование, а биохимический ответ — у 9 (69,2%) из 13. Таким образом, ранний вирусологический ответ статистически значимо чаще достигался в группе пациентов с высокодозным началом интрферонотерапии, чем в при монотерапии препаратами интерферонов ($p=0,0033$, точный критерий Фишера), и при комбинированной терапии ($p=0,0463$, точный критерий Фишера). Также статистически значимыми были отличия и между пациентами при применении комбинированной терапии и при монотерапии препаратами интерферонов по достижению раннего вирусологического ответа ($p=0,0005$, точный критерий Фишера).

При анализе результатов лечения при монотерапии препаратами интерферонов первичный вирусологический ответ (к окончанию терапии) определялся у 1 из 7 пациентов (12,5%), биохимический — у 3 из 9 (33,3%). В группе больных с высокодозным началом интрферонотерапии первичный вирусологический ответ был зарегистрирован у 11 из 15 (73,3%) пациентов, которым проводилось определение РНК HCV в эти сроки, а первичный биохимический ответ регистрировался у 6 пациентов из 10 (60,0%). Первичный вирусологический ответ наблюдался при комбинированной терапии у 5 (27,8%) больных из 13, которым в эти сроки проводилось это исследование, а биохимический ответ — у 9 (69,2%) из 13, которым проводилось это исследование.

Устойчивый или длительный вирусологический ответ (через 6 мес. и более после окончания терапии) при монотерапии препаратами интерферонов не наблюдался ни у одного пациентов из 14, причем у 4 пациентов с вирусологическим ответом на фоне лечения после завершения курса интерферонотерапии вновь выявлялась РНК HCV. Биохимический ответ в эти сроки был зарегистрирован в этой группе только у двух пациентов из 7 (28,6%). В группе больных с высокодозным началом интрферонотерапии устойчивый или длительный вирусологический ответ определялся у 3 больных из 16 (18,75%).

Так же, как и при монотерапии препаратами интерферонов, не было соответствия вирусологического обследования на фоне лечения и после его завершения. Так, устойчивый или длительный вирусологический ответ был у 2 больных, у которых РНК HCV выявлялась на фоне лечения, и, наоборот, у 3 пациентов, у которых не было РНК HCV на фоне лечения, после её завершения она определялась. Устойчивый или длительный вирусологический прослеживался у 18 пациентов при комбинированной терапии. У 4 (22,2%) был вирусологический ответ, и ещё у 14 РНК HCV продолжала определяться.

У больным ХГС с другими генотипами HCV при анализе результатов лечения на сроке 3 мес. при монотерапии препаратами интерферонов ранний вирусологический ответ наблюдался у 6 из 10 пациентов (60,0%), которым удалось провести определение РНК HCV в эти сроки. Ранний биохимический ответ отмечался у 5 из 10 (50,0%) пациентов, которым удалось провести определение РНК HCV в эти сроки.

мический ответ отмечался в этой группе у 4 из 5 обследованных (80,0%). В группе пациентов с высокодозным началом интферонотерапии ранний вирусологический ответ был зарегистрирован у 19 из 20 пациентов (95,0%), которым проводилось вирусологическое исследование в эти сроки, а ранний биохимический ответ — у 6 из 8 больных (75,0%). При комбинированной терапии ранний вирусологический ответ наблюдался у 11 (84,6%) пациентов из 13, которым в эти сроки проводилось это исследование, а биохимический ответ — у 8 (80,0%) из 10. Таким образом, ранний вирусологический ответ статистически значимо чаще достигался в группе с высокодозным началом интферонотерапии, чем при монотерапии препаратами интерферонов ($p=0,0312$, точный критерий Фишера).

При анализе результатов лечения при монотерапии препаратами интерферонов первичный вирусологический ответ определялся у 3 из 6 пациентов (50,0%), биохимический — у 4 из 4 (100%). В группе с высокодозным началом интферонотерапии первичный вирусологический ответ был зарегистрирован у 17 из 20 (85,0%) пациентов, которым проводилось определение РНК HCV в эти сроки, а первичный биохимический ответ регистрировался у 8 пациентов из 9 (88,9%). Первичный вирусологический ответ наблюдался при комбинированной терапии у 12 (85,7%) больных из 14, которым в эти сроки проводилось это исследование, а биохимический ответ — у 8 (80,0%) из 10, которым проводилось это исследование. Устойчивый или длительный вирусологический ответ при монотерапии препаратами интерферонов наблюдался у 4 больных из 11 (36,4%). В группе с высокодозным началом интферонотерапии устойчивый или длительный вирусологический ответ определялся у 8 пациентов из 16 (50,0%). Устойчивый или длительный вирусологический прослеживался у 17 пациентов при комбинированной терапии. У 10 (58,8%) был вирусологический ответ, и ещё у 7 РНК HCV продолжала определяться. Биохимический ответ в эти сроки был у 4 пациентов (80,0%) из 5, которые сдавали биохимический анализ в эти сроки, другие пациенты проводили только вирусологические исследования. Так же, как и у пациентов с 1b генотипом HCV, не было соответствия вирусологического обследования на фоне лечения и после его завершения.

Выводы. Среди пациентов с 1b генотипом HCV устойчивый или длительный вирусологический ответ был лишь у 9,6%. У пациентов с другими генотипами HCV устойчивый или длительный вирусологический ответ регистрировался у 38,6%.

К устойчивому или длительному вирусологическому ответу достоверно чаще приводили 12-месячные курсы терапии (в $40,2 \pm 5,1\%$ случаев, $p=0,0001$, $\chi^2=15,58$), чем 6-месячные ($11,1 \pm 4,0\%$). Чаще устойчивый или длительный вирусологический ответ наблюдался у женщин ($37,3 \pm 6,3\%$, у мужчин — $18,5 \pm 3,6\%$, $p=0,0062$, $\chi^2=7,49$).

Устойчивый или длительный вирусологический ответ статистически значимо чаще ($p=0,0325$, $\chi^2=4,57$) наблюдался у пациентов с вирусной нагрузкой менее 500 000 копий/мл (42,1%), чем у больных с вирусной нагрузкой более 500 000 копий/мл. (17,9%).

Ранний и первичный вирусологический ответ наблюдался статистически значимо чаще при применении высоких начальных доз, чем при лечении препаратами интерферона и рибавирином и при применении монотерапии у пациентов с 1b генотипом HCV. Ни в одном случае не был достигнут устойчивый или длительный вирусологический ответ при лечении пациентов с 1b генотипом HCV при применении интерферонотерапии в виде монотерапии, в то время как при высокодозном начале и комбинированной терапии этот ответ встречался с примерно одинаковой частотой. Первичный и устойчивый или длительный вирусологический ответ встречался чаще при применении высоких начальных доз и при лечении препаратами интерферона и рибавирином, чем при монотерапии у пациентов с другими генотипами HCV.

Литература

1. Карпов, В.В. Хронический гепатит С / В.В. Карпов // Иммунология, аллергология, инфектология. — 2000. — № 2. — С. 55–74.
2. Соринсон, С.Н. Вирусные гепатиты / С.Н. Соринсон. — 2-е изд. — СПб., 1997. — 280 с.
3. EASL International Consensus Conference on Hepatitis C // J. Hepatol. — 1999. — Vol.30, Suppl № 2. — P. 956–961.
4. Hoomagle, J.H. The treatment of chronic viral hepatitis / J.H. Hoomagle, A.M. Di Bisceglie // N. Engl. J. Med. — 1997. — Vol. 336, № 5. — P. 347–356.
5. Барбакадзе, Г.Г. Лечение пегилированным интерфероном- α больных хроническим гепатитом С / Г.Г. Барбакадзе, Г.В. Пипия, Г.К. Камкамидзе // Терапевт. архив. — 2005. — № 1. — С. 73–75.
6. Майер, К.П. Гепатит, последствия гепатита / К.П. Майер; пер. с нем. А.А. Шептулина. — М.: Гэотар Медицина, 1999. — 159 с.

7. Serologic response against hepatitis C virus as a predictive factor to the treatment with interferon / A. Garrido [et al] // *Enferm. Infec. Microbiol. Clin.* — 2000. — Vol. 18, № 10. — P. 512–515.

8. Майер, К.П. Гепатит и последствия гепатита: практ. рук. К.П. Майер. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2004. — 720 с.

LONG-RUN RESULTS OF TREATMENT WITH INTERFERON PREPARATIONS IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS C

Krasavtsev E.L.

Gomel State Medical University, Gomel, Belarus

After the end of interferon therapy 183 patients were observed. Among patients with HCV 1b genotype the sustained or prolonged virologic response was observed only in 9.6%, among patients with other HCV genotypes — in 38.6%. The sustained or prolonged virologic response was more common in women and in those patients with viral load below 500.000 copies/ml. The sustained or prolonged virologic response was more commonly seen in patients on high initial interferon doses regimen, and in those on combined interferon and ribavirin therapy with approximately equal frequency in different HCV genotypes.

Keywords: chronic viral hepatitis C, viral genotype, interferon therapy, long-run virologic response.

Поступила 06.09.2013