

нами результаты исследования могут быть использованы в практике противотуберкулезных учреждений для планирования и проведения мероприятий по профилактике и выявлению туберкулеза у детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Paulson T. Epidemiology: A mortal foe. Nature. 2013 Oct 10; 502(7470):S2-3. doi: 10.1038/502S2a. PMID: 24108078.
2. Global Tuberculosis Report 2019 / World Health Organization. WHO/CDS/TB/2019.15 — Geneva: World Health Organization; 2019. — 283 p.
3. Потенциальное воздействие ответных мер COVID-19 на туберкулез в странах с высоким бременем: моделирующий анализ. — Партнерство «Остановить туберкулез» совместно с глобальной организацией здравоохранения «Avenir Health», Университетом Джона Хопкинса при поддержке Агентства США по международному развитию. [Электронный ресурс]. — 2020. — Режим доступа: http://stop.tb.org/assets/documents/covid/Modeling_Report_COVID_and_TB_FINAL_1_RU.pdf. — Дата доступа: 01.10.2020.

УДК 616.36-002.2:615.281.8(476.2)

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ HCV-ИНФЕКЦИИ ПРЕПАРАТАМИ ПРЯМОГО ПРОТИВОВИРУСНОГО ДЕЙСТВИЯ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ: ОЦЕНКА НЕПОСРЕДСТВЕННОГО ОТВЕТА И УСТОЙЧИВОГО ВИРУСОЛОГИЧЕСКОГО ОТВЕТА

Демчило А. П., Терешков Д. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

Учреждение

«Гомельская областная инфекционная клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Лечение хронической HCV-инфекции прошло длительный путь от использования интерфероновых схем короткого, затем продленного действия в комбинации с аналогами нуклеозидов, до современных препаратов с прямым противовирусным действием (ППД) — ингибиторов ферментов вируса гепатита С. Постоянный поиск новых эффективных препаратов для лечения HCV-инфекции был обусловлен длительностью лечения, наличием большого количества побочных эффектов, а в конечном итоге — низкой эффективностью интерфероновых схем. При 1 генотипе HCV эффективность схемы ИФН/РБВ составляла 23,9 %, ПЭГ-ИФН/РБВ — 48,4 % [2].

В настоящее время в РБ порядок назначения лечения препаратами ППД регламентируется клиническим протоколом «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с хроническими вирусными гепатитами В и С» [1].

Цель

Провести оценку непосредственного вирусологического ответа и устойчивого вирусологического ответа у пациентов Гомельской области за 2018–2020 гг.

Материал и методы исследования

Данные пациентов, находившихся на стационарном лечении в учреждении «Гомельская областная инфекционная клиническая больница» (У ГОИКБ) для назначения ППД; данные карт амбулаторного приема консультативного кабинета «У ГОИКБ».

У всех пациентов диагноз установлен на основании серологического исследования (выявление антител к HCV) и ПЦР-диагностики (определение вирусной нагрузки РНК HCV, генотипирование). Фиброэластометрия печени проводилась пациентам для оценки степени фиброза (по шкале METAVIR).

Результаты исследования и их обсуждение

Всего с февраля 2018 г. по сентябрь 2020 г. на лечение хронической HCV-инфекции препаратами прямого действия за счет республиканского бюджета взято 1205 человек — 619 (51,4 %) женщин и 586 (48,6 %) мужчин в возрасте от 12 до 86 лет. Медицинских

работников среди них было 100 (8,3 %) человек. Пациентов с сопутствующим диагнозом ВИЧ-инфекция — 126 (10,5 %) человек.

По данным фиброэластометрии фиброз отсутствовал у 436 (36,2 %) человек, F 0–1 ст. выявлен у 67 (5,6 %) человек, F 1 ст. — у 175 (14,5 %) человек, F 1–2 ст. — у 44 (3,6 %) человек, F 2 ст. — у 137 (11,4 %) человек, F 2–3 ст. — у 28 (2,3 %) человек, F 3 ст. — у 103 (8,5 %) человек, F 3–4 ст. выявлен у 19 (1,6 %) человек, F 4 ст. — у 169 (14 %) человек. Пациенты с циррозом печени в основном относились к классу тяжести А по Чайлд-Пью (103 человека), у 27 установлен класс тяжести В, у 6 человек — класс тяжести С, Фиброэластометрия не проводилась 27 пациентам (без признаков цирроза по данным УЗИ).

Результаты генотипирования вируса гепатита С: 1 генотип (1, 1b, 1a) выявлен у 707 (58,7 %) человек, причем 1a только у 4 человек. 3 генотип (3, 3a, 3a/3b) выявлен у 446 (37 %) человек. У 2-х пациентов определяли сразу вирусы двух генотипов — 1/3. У 5 пациентов генотип не определен.

Практически все пациенты получали этиотропное лечение впервые, предшествующее неэффективное лечение препаратами интерферона было у 63 человек.

В основном использовалась пангенотипическая схема лечения софосбувир 400 мг/сут + даклатасвир 60 мг/сут, она рекомендована 1065 пациентам; из них усиление данной схемы рибавирином имелось у 102 человек, а коррекция дозы даклатасвира вследствие приема эфавиренца у ВИЧ-инфицированных пациентов имелась у 53 человек. Схема терапии, содержащая софосбувир 400 мг/сут + ледипасвир 90 мг/сут, назначена 144 пациентам, из них у 12 было усиление схемы рибавирином.

Большая часть пациентов получала 12-недельный курс терапии — 1094 (90,1 %) человека.

Для оценки эффективности лечения применяются следующие термины:

- быстрый ответ — отсутствие РНК HCV через 2 недели терапии;
- ранний ответ — отсутствие РНК HCV через 4 недели терапии;
- непосредственный ответ — отсутствие РНК HCV на момент окончания лечения;
- устойчивый ответ — отсутствие РНК HCV через 12 и 24 недель после окончания.

Быстрый ответ зафиксирован у 182 из 278 пациентов — в 65,4 % случаев. Ранний ответ — у 493 из 610 пациентов — в 80,8 % случаев. Непосредственный ответ имелся у 699 пациентов из 732 — в 95,5 % случаев. Количество неответивших на терапию на момент окончания составило 32 человека — 4,5 % случаев, вирусная нагрузка при определении ее высокочувствительным методом составляла от 10 до 300 МЕ/мл. Однако, в дальнейшем при обследовании через 12 недель после окончания, у 22 из них РНК HCV не определялась.

После окончания лечения через 12 недель обследованы 428 человек, вирусологический ответ зафиксирован в 98,6 % случаев — у 422 пациентов.

Результаты обследования через 24 недели имеются только у 335 человек, вирусологический ответ зафиксирован в 98,5 % случаев.

Отдельно была проанализирована группа пациентов, не достигших элиминации вируса. Неответившими на лечение были 10 человек (1 женщина и 9 мужчин) в возрасте от 42 до 65 лет, 1-й и 3-й генотипы вируса встречались с одинаковой частотой — по 50 %. Цирроз печени имелся у двух пациентов, ко-инфекция ВИЧ — у 1 человека. Все они получали лечение по стандартной пангенотипической схеме софосбувир 400 мг/сут + даклатасвир 60 мг/сут в течение 12 недель.

Также был проведен анализ 17 летальных случаев среди пациентов. Во время проводимого лечения умерли 8 человек с диагнозом цирроз печени; декомпенсация цирроза стала непосредственной причиной смерти трех пациентов. После окончания лечения умерли 9 человек, в данной группе летальные исходы не связаны с заболеванием печени.

Заключение

Современная терапия хронической HCV-инфекции препаратами прямого противовирусного действия характеризуется очень высокой эффективностью лечения —

устойчивый вирусологический ответ достигается в 98,5 % случаев. Среди пациентов, не достигших элиминации вируса, не удается выявить каких-либо особенностей, являющихся предикторами неудачного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с хроническими вирусными гепатитами В и С», утвержденный Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь 19.03.2019, № 19.
2. Противовирусное лечение хронического гепатита С: имеющиеся результаты и будущие перспективы / В. М. Мицура [и др.] // Проблемы здоровья и экологии. — 2017. — № 1 (51). — С. 31–35.

УДК 616-002.5-07:57.083.1

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ НЕРЕСПИРАТОРНЫХ ОБРАЗЦОВ И ТКАНЕВОГО МАТЕРИАЛА

*Дюсьмикеева М. И., Скрягина Е. М., Яцкевич Н. В.,
Суркова Л. К., Горенок Д. И., Гуревич Г. Л.*

**Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии»
г. Минск, Республика Беларусь**

Введение

Туберкулез (ТБ) представляет собой серьезную проблему общественного здравоохранения в странах Европейского региона Всемирной организации здравоохранения, в том числе и в Беларуси [1]. Несмотря на то, что в течение последних двух десятилетий показатель заболеваемости ТБ в Республике Беларусь снизился в 2,5 раза с 48,8 случаев на 100 тыс. населения в 1996 г. до 19,6 на 100 тыс. населения в 2018 г., показатель смертности — до 2,6 на 100 тыс. населения, ТБ в последние два десятилетия продолжает оставаться распространенным заболеванием, наносящим значительный ущерб здоровью населения и экономике страны. На фоне снижения заболеваемости и смертности от ТБ в Республике Беларусь, постепенного улучшения результатов лечения лекарственно-чувствительного туберкулеза, была установлена неблагоприятная тенденция нарастания лекарственно-устойчивого туберкулеза [2]. В Республике Беларусь отмечается высокий уровень распространения множественно лекарственно-устойчивого туберкулеза, удельный вес которого среди новых случаев составляет 35,7 % и ранее леченых случаев — 67,6 %. Зарегистрированный уровень МЛУ туберкулеза в Беларуси остается самым высоким в мире [3]. Текущая эпидемия туберкулеза в Республике Беларусь, как и на постсоветском пространстве в значительной мере связана с распространением ВИЧ-ассоциированного туберкулеза, кумулятивное число которого на 01.01.2019 г. в Республике Беларусь составило 3511 человек [4].

В связи с широким внедрением в практику видеоассистированной торакоскопии (ВАТС) в последние годы выросло число биопсий легких, плевры, лимфатических узлов средостения. При различных болезнях легких и плевритах неясного генеза ВАТС приобрела характер рутинных исследований, при этом соответственно высветились проблемы биопсийной диагностики. Вырос не только объем биопсийных исследований, но и возросла сложность морфологической интерпретации, особенно в связи с небольшим объемом исследуемого биоптата. Трудности клинической и морфологической диагностики связаны зачастую с отсутствием клинических симптомов, схожестью рентгенологической картины, затруднениями в интерпретации морфологических изменений. Почти все патологические процессы в организме сопровождаются различными морфологическими изменениями в легких. Эти изменения во многих случаях стандартны и