

— непосредственный ответ — отсутствие РНК HCV на момент окончания лечения;

— устойчивый ответ — отсутствие РНК HCV через 12 и 24 недели после окончания.

Быстрый ответ зафиксирован у 204-х из 306 пациентов — в 66,7 % случаев. Ранний ответ — у 581-го из 711 пациентов — в 81,7 % случаев.

Непосредственный ответ имелся у 835 пациентов из 873 — в 95,6 % случаев. Количество неответивших на терапию на момент окончания составило 38 человек из 873 обследованных — 4,4 % случаев, вирусная нагрузка при определении ее высокочувствительным методом составляла от 10 до 700 МЕ/мл. Однако, в дальнейшем при обследовании через 12 недель после окончания, у 23 из них РНК HCV не определялась.

После окончания лечения через 12 недель обследованы 495 человек, вирусологический ответ зафиксирован в 97,9 % случаев — у 485 пациентов.

Результаты обследования через 24 недели имеются только у 342 человек, вирусологический ответ зафиксирован в 98,5 % случаев — у 337 пациентов.

Отдельно была проанализирована группа пациентов, не достигших элиминации вируса. Неответившими на лечение были 14 человек (1 женщина и 13 мужчин) в возрасте от 42 до 65 лет. Цирроз печени имелся только у двух пациентов, ко-инфекция ВИЧ — у 3-х человек. Все они получали лечение по стандартной пангенотипической схеме софосбувир 400 мг/сут + даклатасвир 60 мг/сут в течение 12 недель. 1 генотип выявлен у 6 (42,8 %) человек, 3-й — у 8 (57,2 %).

Из 238 пациентов с 1 генотипом не ответили на лечение 6 (2,5 %) человек, а из 95 пациентов с 3 генотипом — 8 (8,4 %) человек. Таким образом, частота неэффективности противовирусного лечения у пациентов с 3 генотипом достоверно выше ($\chi^2 = 4,5$, $p = 0,034$).

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. частота неэффективности противовирусного лечения у пациентов с 3 генотипом достоверно выше ($\chi^2 = 4,5$, $p = 0,034$).

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.

УДК [547.495.9:616.61-036]:616.36-004-02

РОЛЬ КРЕАТИНИНА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ РАЗВИТИЯ ГЕПАТОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ РАЗЛИЧНОЙ

Козич Е. А., Красавцев Е. Л.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Гепаторенальный синдром (ГРС) является функциональной формой почечной недостаточности, вызванной в первую очередь дисфункцией системы кровообращения [1, 2]. Пациенты с гепаторенальным синдромом имеют достаточно

неблагоприятный прогноз — выживаемость при ГРС 1-го типа составляет около 2-х недель. Средняя выживаемость пациентов с ГРС 2 типа составляет от четырех до шести месяцев [3, 4]. Основным методом лечения данного заболевания является трансплантация печени.

Одним из наиболее важных достижений в области ГРС является переход от диагноза, основанного на одном уровне сывороточного креатинина, к диагностике, основанной на динамических последовательных изменениях сывороточного креатинина, пересмотренные рекомендации Международного клуба асцитов для гепаторенальных заболеваний. Это изменение было вызвано осознанной необходимостью более точно установить ранний диагноз ГРС, позволяющий начать более раннюю терапию [5].

Ключевое различие между предыдущими критериями и предложенной системой классификации для диагностики ГРС заключается в том, что диагноз ГРС основан не на повышении уровня сывороточного креатинина до фиксированного значения, а на увеличении содержания сывороточного креатинина по сравнению с исходным значением [6].

Цель

Установить роль показателей креатинина у пациентов с циррозом печени в прогнозировании развития ГРС.

Материал и методы исследования

Анализировались 71 карта стационарных пациентов с диагнозом цирроз печени, находившихся на лечении в У «Гомельская областная инфекционная клиническая больница» в период с 2015 по 2020 гг. а также посмертные эпикризы умерших пациентов.

Пациенты были распределены на 2 группы.

1-ю группу составили 30 пациентов с диагнозом ГРС (умершие пациенты). Ни у одного из пациентов не был указан тип гепаторенального синдрома. Мужчин было 16 (53,3 %), женщин — 14 (46,7 %), средний возраст пациентов составил $52,3 \pm 11,6$ лет.

2-ю группу составили 41 пациент с диагнозом цирроз печени без ГРС и без изменений показателей азотистого обмена. Мужчин было 20 (48,8 %), женщин — 21 (51,2 %). Средний возраст пациентов — $49,4 \pm 11,0$ лет.

Таким образом, группы не различаются по полу и возрасту.

Данные заносились в электронные таблицы MS Excel. Статистическая обработка результатов выполнена с использованием пакета прикладных программ «Statistica» 12.0. ROC-анализ выполнен с использованием SPSS Statistics.

Нормальность распределения проверялась с помощью критерия Шапиро — Уилка. Непараметрические данные представлены в формате $Me [Q1; Q3]$, где Me — медиана, $Q1$ — нижний выборочный квартиль, $Q2$ — верхний выборочный квартиль.

Результаты исследования и их обсуждение

Для пациентов 1-й группы характерны следующие показатели креатинина: 201,6 (140,8; 289,6) мкмоль/л, для 2-й группы: 65,8 (57,4; 77,7) мкмоль/л. Таким образом, для пациентов с ГРС характерно статистически значимое увеличение креатинина по сравнению с пациентами без него ($p < 0,01$).

Для определения способности данного предиктора для прогнозирования развития ГРС, было определено пороговое значение с помощью построения ROC-кривой. Для определения клинической значимости теста прогнозирования развития ГРС использована оценка площади под кривой — AUC (Area Under Curve). Судить о качестве теста можно по экспертной шкале AUC: 0,5 — минимальная степень прогнозирования, 1 — максимальная степень прогнозирования.

Порог отсечения по данной ROC-кривой для креатинина — 183,3 мкмоль/л; специфичность — 73,5%; чувствительность — 73,3 %. AUC составляет 0,65. Данные свидетельствуют о хорошей прогностической способности показателя креатинина.

Выводы

Значительное увеличение показателей креатинина (выше 183,3 мкмоль/л) может свидетельствовать о развитии гепаторенального синдрома у пациентов с циррозом печени со специфичностью 73,5 %, чувствительностью 73,3 %.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Lata, Jan.* Hepatorenal syndrome / Jan Lata // World J Gastroenterol. — 2012. — № 18 (36). — P. 4978–4984.
2. An Integrated Review of the Hepatorenal Syndrome / Alicia S Ojeda-Yuren [et al.] // Ann Hepatol. — 2021. — № 22. — P. 100236.
3. Facciorusso, Antonio. Hepatorenal Syndrome Type 1: Current Challenges And Future Prospects / Antonio Facciorusso // Ther Clin Risk Manag. — 2019. — № 15. — P. 1383–1391.
4. Diagnosis, prevention and treatment of hepatorenal syndrome in cirrhosis / Francesco Salerno [et al.] // Gut. — 2007. — № 56 (9). — P. 1310–1318.
5. *Tariq, Raseen.* Management of Hepatorenal Syndrome: A Review / Raseen Tariq, Ashwani K Singal // J Clin Transl Hepatol. — 2020. — № 8 (2). — P. 192–199.
6. *Mindikoglu, Ayse L.* New Developments in Hepatorenal Syndrome / Ayse L Mindikoglu, Stephen C Pappas // Clin Gastroenterol Hepatol. — 2018. — № 16 (2). — P. 162–177.

УДК 616.98:578.828НIV]-006.304

САРКОМА КАПОШИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ

Козорез Е. И., Демчило А. П., Анищенко Е. В., Бондаренко В. Н.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Для ВИЧ/СПИДа характерно возникновение тяжелых прогрессирующих болезней, развивающихся на фоне нарастающей иммуносупрессии в результате действия ВИЧ (оппортунистические заболевания), которые выступают основной причиной летальных исходов у больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции [1].

Саркома Капоши (СК) — одно из первых заболеваний, которое было отнесено к оппортунистическим заболеваниям при ВИЧ-инфекции. СК по сей день остается наиболее часто встречающейся злокачественной опухолью у больных синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИДом) [1, 3]. Хотя частота случаев, когда СК служит основанием для установления диагноза СПИДа у ВИЧ-инфицированного, после внедрения антиретровирусной терапии уменьшилась, заболеваемость СК среди больных СПИДом возросла с 23 до 50 % [2].

Цель

Изучить особенности клиническо-лабораторного течения саркомы Капоши у ВИЧ-инфицированных пациентов.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 11 медицинских карт амбулаторного больного ВИЧ-инфицированных пациентов, находящихся на учете в КДК ВИЧ/СПИД учреждения «Гомельская инфекционная клиническая больница» с 2015 по 2020 гг. Среди 11 пациентов было 5 (45 %) мужчин (от 36 до 70 лет), женщин — 6 (55 %) (от 35 до 53 лет). У 2 (18 %) больных инфицирование ВИЧ произошло при внутривенном введении наркотических средств, у 9 (82 %) — при гетеросексуальных контактах. Медиана пребывания на диспансерном учете по ВИЧ-инфекции от момента аттестации до выявления саркомы Капоши составила 8,5 лет.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ клинического течения 11 пациентов показал, что заболевание развивалось быстро, почти внезапно и характеризовалось появлением множественных высыпаний на коже и слизистых оболочках. Поражения располагались на коже головы, лица (кончике носа, веках, ушных раковинах), туловище, верхних и нижних конечностях. «Излюбленным» местом локализации первичных высыпаний (симметричных и несимметричных) явились кожные покровы нижних конечностей (73 %). Только 1 (9 %) пациент имел проявления СК на голених, без распро-