

физической, эмоциональной и психологической компоненты. Общая сумма баллов у пациентов с туберкулезом без МЛУ МБТ колебалась от 59,5 до 63,3 (прирост +2,5 балла), тогда как у пациентов, не получавших иммуномодулятор, прирост составил +1,1 балла (колебания от 58,4 до 60,8).

У пациентов с МЛУ МБТ по окончании лечения меглюмина акридонацетатом уровень психологического здоровья колебался от 53,3 до 56,4 баллов (прирост +3,1 балла), а у пациентов, не получавших меглюмина акридонацетат колебания баллов от 58,7 до 46,0, (прирост «-» 12,7 балла).

#### **Выводы**

У пациентов с туберкулезом легких отмечен исходно низкий уровень «качества жизни», за счет ограничения физической активности и снижения психологической составляющей.

Применение меглюмина акридонацетата улучшает физическую активность пациентов без МЛУ МБТ, не ухудшая ее у пациентов с МЛУ МБТ.

Психологическое здоровье воспринимается позитивно за счет усиления эмоциональной активности, более выраженной у пациентов без МЛУ МБТ и минимизации эмоциональных проблем у пациентов с МЛУ МБТ.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Влияние терапии с использованием индуктора интерферона на параметры качества жизни больных туберкулезом органов дыхания / С. Н. Демидик [и др.] // Лікарська справа. — 2013. — № 2. — С. 93–98.

2. Демидик, С. Н. Оценка качества жизни больных туберкулезом легких / С. Н. Демидик, М. Г. Романцов, Е. Н. Алексюк // Современные подходы в лечении, реабилитации и оздоровлении в условиях санаториев : матер. междунар. науч.-практ. конф., посвящ. 20-летию ОАО «Белагроздравница» филиала Санаторий «Радон», Гродно, 25 окт. 2013 г. / Гродн. гос. мед. ун-т ; отв. ред. Л. А. Пирогова. — Гродно, 2013. — С. 193–195.

3. Демидик, С. Н. Циклоферон в комплексной терапии больных с распространенными формами туберкулеза легких / С. Н. Демидик, Д. С. Суханов // Эксперим. и клин. фармакология. — 2012. — № 5. — С. 17–20.

**УДК 616.36-002.2:615.281.8(476.2)«450\*3.06»**

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ HCV-ИНФЕКЦИИ ПРЕПАРАТАМИ ПРЯМОГО ПРОТИВОВИРУСНОГО ДЕЙСТВИЯ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ: ИТОГИ РАБОТЫ ЗА 3,5 ГОДА**

**Демчило А. П.<sup>1</sup>, Терешков Д. В.<sup>2</sup>, Козорез Е. И.<sup>1</sup>**

**<sup>1</sup>Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»,**

**<sup>2</sup>Учреждение**

**«Гомельская областная инфекционная клиническая больница»,  
г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Лечение хронической HCV-инфекции препаратами прямого противовирусного действия (ППД), обеспечиваемое за счет средств Республиканского бюджета, в Гомельской области начато в феврале 2018 г. Порядок назначения лечения препаратами ППД регламентируется клиническим протоколом «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с хроническими вирусными гепатитами В и С» [1]. Все пациенты перед назначением препаратов проходят комплексное обследование, включающее общий анализ крови, биохимический анализ крови, обследование на маркеры вирусных гепатитов В и С, определение генотипа вируса гепатита С и вирусной нагрузки, ультразвуковое обследование органов брюшной полости и фиброэластографию печени для оценки степени фиброза (по шкале METAVIR).

#### **Цель**

Провести оценку эффективности лечения препаратами прямого противовирусного действия у пациентов Гомельской области за 2018–2021 гг.

### **Материал и методы исследования**

Данные пациентов, находившихся на стационарном лечении в У «ГОИКБ» для назначения ППД; данные карт амбулаторного приема консультативного кабинета У «ГОИКБ».

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Всего с февраля 2018 г. по сентябрь 2021 г. на лечение хронической HCV-инфекции препаратами прямого действия взято 1859 человек — 946 (50,9 %) женщин и 913 (49,1 %) мужчин в возрасте от 12 до 86 лет. Медицинских работников среди них было 113 (6,1 %) человек. Пациентов с сопутствующим диагнозом ВИЧ-инфекция — 190 (10,2 %) человек.

По данным фиброэластометрии 1813 пациентов фиброз отсутствовал у 733 (40,4 %) человек, F 0–1 ст. выявлен у 96 (5,3 %) человек, F 1 ст. выявлен у 281 (15,5 %) человек, F 1–2 ст. выявлен у 63 (3,5 %) человек, F 2 ст. выявлен у 197 (10,9 %) человек, F 2–3 ст. выявлен у 37 (2,0 %) человек, F 3 ст. выявлен у 150 (8,3 %) человек, F 3–4 ст. выявлен у 31 (1,7 %) человек, F 4 ст. выявлен у 225 (12,4 %) человек. Фиброэластометрия не проводилась 44 пациентам (без признаков цирроза по данным УЗИ).

Пациенты с циррозом печени в основном относились к классу тяжести А по Чайлд-Пью (203 (82,2 %) человека), у 38 (15,4 %) человек установлен класс тяжести В, у 6 (2,4 %) человек — класс тяжести С.

Результаты генотипирования вируса гепатита С представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Результаты генотипирования вируса гепатита С

Генотипы и субтипы вируса гепатита С	Частота встречаемости, n, (%)
1	545 (29,3 %)
1a	7 (0,37 %)
1b	537 (28,9 %)
1a + 1b	3 (0,16 %)
2	64 (3,4 %)
2c	1 (0,04 %)
3	375 (20,2 %)
3a	304 (16,4 %)
3a + 3b	7 (0,37 %)
1 + 2	1 (0,04 %)
1 + 3	2 (0,08 %)
Неопределенный	13 (0,69 %)

Таким образом, по результатам генотипирования выявлено, что 1 генотип вируса гепатита С (1, 1a, 1b, 1a+1b) является преобладающим генотипом на территории Гомельской области, он встречается у 58,7 % обследуемых. Вторым по частоте встречаемости является 3 генотип (3, 3a, 3a + 3b), он выявлен у 36,9 % пациентов.

Практически все пациенты получали этиотропное лечение впервые, предшествующее неэффективное лечение препаратами интерферона было у 73 (3,9 %) человек, препаратами прямого противовирусного действия — у 3 (0,16 %) человек.

В основном использовалась пангенотипическая схема лечения софосбувир 400 мг/сут + даклатасвир 60 мг/сут, она рекомендована 1482 (79,7%) пациентам; усиление данной схемы рибавирином имелось у 136 (7,3 %) человек. Коррекция дозы даклатасвира вследствие приема эфавиренца у ВИЧ-инфицированных пациентов имелась у 85 (4,6 %) человек. Схема терапии, содержащая софосбувир 400 мг/сут + ледипасвир 90 мг/сут, назначена 144 (7,7 %) пациентам, из них у 12 было усиление схемы рибавирином. Схема, содержащая софосбувир 400 мг/сут + велпатасвир 100 мг/сут, назначена для перелечивания после неудачного курса лечения препаратами ППД 12 пациентам. Большая часть пациентов получала 12-недельный курс терапии — 1693 (91,1 %) 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 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