

ву баллов, которые может набрать студент. Второе положение — из общей суммы стартового (необязательного), предметного и творческого рейтингов выводится рейтинг студента по дисциплине.

Студент, получивший 91–100 % за рейтинг по дисциплине, освобождается от экзамена по данному предмету с оценкой «десять», 81–90 % — «девять», 71–80 % — «восемь».

Таким образом, на наш взгляд, введение рейтинговой оценки знаний студентов в нашем университете позволит повысить заинтересованность студентов в приобретении новых знаний и качество подготовки специалистов в целом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Маль, Г. С. Педагогический процесс в медицинском вузе, его особенности / Г. С. Маль, М. А. Алыменко, А. В. Шатунова // Управление инновационными процессами обеспечения качества обучения и воспитания в условиях медицинского вуза: материалы Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участ. — Курск: КГМУ, 2008. — Т. 1. — С. 146–148.

2. Шатунова, А. А. Среднее профессиональное образование: трудности, задачи и опыт коммуникативного сопровождения / А. А. Шатунова // Возрасты образования: социальное и личностное измерения: материалы науч.-практ. конф. — М.: МГУ им. М. В. Ломоносова, 2013. — С. 71–72.

3. Бугрий, Е. П. Качество образования в высшей школе: проблемы и способы решения / Е. П. Бугрий // Известия Рос. гос. пед. ун-та им. А. И. Герцена. — 2008. — № 57. — С. 55–68.

УДК 616.98:578.828НIV:615.281.8

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ СХЕМЫ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ПЕРВОГО РЯДА «ЗИДОВУДИН/ЛАМИВУДИН + ЭФАВИРЕНЦ» У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Козорез Е. И., Тумаш О. Л., Анищенко Е. В.

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Залогом успеха антиретровирусной терапии (АРТ) являются: максимальная приверженность пациентов лечению, рациональный выбор схемы антиретровирусной терапии с учетом особенностей образа жизни пациента, выбор первоначального режима АРТ с учетом возможности использования в последующем максимального числа антиретровирусных препаратов, учет возможности наличия у пациента устойчивых к лекарствам штаммов ВИЧ [1].

Для оценки эффективности терапии существуют клинические, иммунологические и вирусологические критерии. Критерием иммунологической эффективности служит прирост количества CD-лимфоцитов на 25–50 мкл⁻¹ через год от начала ВААРТ. Вирусологический критерий выражается в снижении вирусной нагрузки на 0,7–1 log₁₀ копий/мл через неделю, на 1,5–2 log₁₀ копий/мл через месяц, снижение ниже 200 копий/мл на 24 неделе и ниже 50 копий на 48 неделе от начала терапии. Клиническая эффективность определяется как отсутствие эпизодов новых оппортунистических инфекций или обострение латентных оппортунистических инфекций через 3 месяца от начала АРТ [2, 3].

Для пациентов, ранее не получавших антиретровирусных препаратов, основные режимы АРТ включают 2 препарата из группы нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы ВИЧ (НИОТ) и один препарат из группы ненуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы ВИЧ (ННИОТ) или из группы ингибиторов протеазы ВИЧ (ИП) [3]. В многочисленных исследованиях была показана высокая эффективность схем АРТ, содержащих в качестве третьего компонента как ННИОТ, так и ИП.

Цель

Оценка эффективности схемы «зидовудин/ламивудин + эфавиренц» у ВИЧ-инфицированных пациентов Гомельской области, ранее не получавших терапию.

Материал и методы исследования

В исследование были включены 197 пациентов, из них 122 мужчин и 75 женщин, средний возраст которых составил 33 года. У 116 (58,8 %) больных инфицирование ВИЧ произошло при внутривенном введении наркотических средств, у 78 (39,7 %) — при сексуальных контактах, у 3 (1,5 %) — путь не уточнен. В соответствии с классификацией ВИЧ-инфекции у взрослых, предложенной CDC (США) в 1993 г., на начало терапии в стадии А2 находилось 8 пациентов, А3 — 8, В1 — 1, В2 — 49, В3 — 60, С1 — 3, С2 — 16 и С3 — 52.

Показанием к началу АРТ явились или клинические симптомы СПИДа, или иммуносупрессия (количество CD4+ клеток менее 350 в мкл).

Результаты исследования и их обсуждение

Из 197 пациентов Гомельской области, получающих схему «зидовудин/ламивудин (GSK) + эфавиренц (EFV, Cipla)», в течение 1–12 недель от начала применения, отказались от лечения 11 (5,6 %) боль-

ных. При этом основными причинами отказов явились злоупотребление алкоголем 7 (3,5 %), а также возврат к внутривенному введению наркотиков 4 (2,1 %). Кроме того, умерли 24 (12,2 %) пациента. 22 пациента на момент начала лечения находились на стадии С3, 1 — С2, 1 — В3. Из них 18 умерло до 2 месяцев лечения, 4 — до 3 месяцев, 1 — до 7 месяцев. Причиной смерти 18 пациентов было прогрессирование клинических проявлений вторичных заболеваний. Цирроз печени послужил причиной смерти 3 пациентов. Один ВИЧ-инфицированный пациент умер от отравления угарным газом. Причина смерти не была установлена у 1 больного.

Переносимость схемы антиретровирусной терапии была удовлетворительной. Смена терапии в результате появления побочных эффектов произошла у 13 (6,6 %) пациентов. У 3 (1,5 %) больных была зарегистрирована тяжелая анемия, у 2 (1,1 %) — тяжелая анемия и нейтропения, у 1 (0,5 %) — тяжелая анемия с депрессией. Выраженные психические нарушения наблюдались у 3 (1,5 %) пациентов, тяжелая депрессия — у 2 (1,1 %). Сыпь с поражением кожи и слизистых была у 2 (1,1 %) больных.

Клиническая, иммунологическая и вирусологическая эффективность была оценена у 60 пациентов в течение 12 месяцев, из них у 57 (95 %; 95 % ДИ 89,5–100) наблюдался клинический эффект антиретровирусной терапии. Прогрессирование заболевания произошло у 3 (1,5 %) пациентов, у 1 (0,5 %) — как синдром восстановления иммунной системы в виде туберкулеза. У 2 (1,1 %) пациентов развилась клиника туберкулеза через 11 месяцев лечения на фоне низкой приверженности к АРТ.

Прирост CD4+-лимфоцитов более 50 клеток в мкл в течение 12 месяцев наблюдался у 47 (78,4 %; 95% ДИ 68–88,8) пациентов, более 100 клеток — у 43, более 150 клеток — у 37. Медиана исходного уровня CD4+-лимфоцитов была 205 (131–274). Уже через 3 месяца терапии CD4+-лимфоциты статистически значительно повышались (медиана 325 (237–502), тест Вилкоксона, $p = 0,001$).

Вирусологическая эффективность схемы наблюдалась у 60 % пациентов (у 36 из 60, 95 % ДИ 47,6–72,3). При этом медиана вирусной нагрузки до лечения была равна 5,67 (5,1–5,8) lg копий/мл, через 3 месяца лечения — 3,8 (2,9–4,5) lg копий/мл (критерий Вилкоксона, $p = 0,017$). При исследовании динамики лабораторных показателей у 63 пациентов в течение 12 месяцев выявлено значимое различие уровня α -амилазы (до лечения 11,6 (8,7–18,2), через 12 месяцев — 28,8 (22,3–36,5), тест Вилкоксона, $p = 0,001$), тромбоцитов (до лечения — 220 (176–273), через 12 месяцев — 252 (184–330), тест Вилкоксона, $p = 0,049$), холестерина (до лечения 3,9 (3,5–4,9), через 12 месяцев — 4,7 (3,6–5,5), тест Вилкоксона, $p = 0,004$). Не выявлено значимых различий в уровне гемоглобина, глюкозы.

Таким образом, в результате применения схемы «зидовудин/ламивудин + эфавиренц» у 95 % исследованных больных наблюдались клиническая, у 78,4 % — иммунологическая, у 60 % — вирусологическая эффективность.

Заключение

Применение схемы АРТ, включающей зидовудин/ламивудин и эфавиренц было безопасным, легким в соблюдении правильного приема. Развитие побочных эффектов, приведшее к смене лечения, имело место менее чем в 7 % случаев. Переносимость схемы была хорошей. У исследованных больных наблюдались клиническая (95 %) и иммунологическая эффективность (78,4 %) при вирусологической эффективности (60,2 %) через 12 месяцев у 30 %. Отсутствие достижения показателей вирусологической эффективности может свидетельствовать о недостаточном противовирусном действии применяемых препаратов, недостаточном соблюдении пациентом режима лечения, вирусной резистентности или неадекватных концентрациях препарата в крови, обусловленных лекарственными взаимодействиями, плохой биодоступностью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Покровский, В. В. ВИЧ-инфекция и СПИД. Национальное руководство / В. В. Покровский. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 630 с.
2. Оптимизация обследования и проведения антиретровирусной терапии у взрослых и подростков (инструкция по применению): утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 20.12.12. — Минск: Белсэкс, 2012. — 63 с.
3. Клинические рекомендации. ВИЧ-инфекция и СПИД / под общ. ред. В. В. Покровского. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2006. — 112 с.

УДК 378(4)(476)

БОЛОНСКИЙ ПРОЦЕСС И ИНТЕГРАЦИЯ В СФЕРЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Коленда А. Н.

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Процесс интеграции систем высшего образования стран Европы начался в середине 1970-х гг. с принятием в ЕС Резолюции о программе сотрудничества в сфере образования. 19 июня 1999 г. мини-