

СВО — 42 %, затраты на 1 ремиссию — 310,815 млн бел. руб. Схема 3 (ПЭГ-ИФН- $\alpha$ 2b+РБВ) стоит 147,901 млн бел. руб., СВО — 42 %, затраты на 1 ремиссию — 352,145 млн бел. руб.

Лечение пациентов с генотипами ВГС 2 или 3. Схема 1: стоимость курса 4,085 млн бел. руб., СВО — 67 %, затраты на 1 ремиссию — 6,097 млн бел. руб. Для схемы 2 стоимость курса составила 65,271 млн бел. руб., СВО — 79 %, затраты на 1 ремиссию — 82,622 млн бел. руб. Стоимость схемы 3 — 73,951 млн бел. руб., СВО — 79 %, затраты на 1 ремиссию — 93,609 млн бел. руб.

В Беларуси распространен преимущественно 1 генотип ВГС — 67 % (В. Ф. Еремин и др., 2010). В таком случае применение схемы 1 позволит достичь СВО у 43 пациентов из 100 (21 из 67 с генотипом 1 и 22 из 33 с генотипами 2/3). Использование схемы 2 позволит достичь СВО у 54 пациентов из 100 (28 из 67 с генотипом 1 и 26 из 33 с генотипами 2/3). Стоимость 1 курса с учетом генотипа вируса — 105,794 млн бел. руб., стоимость 1 ремиссии — 201,129 млн бел. руб. Таким образом, по сравнению со схемой 1 прирост эффективности в 11 % сопровождается повышением стоимости лечения на 184,902 млн бел. руб. Схема 3 с учетом генотипа вируса приводит к СВО с той же частотой, что и схема 2, но затраты на ее проведение выше. Средняя стоимость 1 курса 123,498 млн бел. руб., а стоимость 1 ремиссии — 228,699 млн бел. руб. Дополнительная эффективность по сравнению со схемой 1 — 11 %, дополнительные затраты — 213,305 млн бел. руб., т.е. на 1 дополнительную ремиссию затраты составляют 19,391 млн бел. руб. по сравнению со схемой 1.

#### **Заключение**

В настоящее время в Беларуси наилучшее соотношение «затраты-эффективность» выявлено у схемы 1 (ИФН+РБВ), а схема 2 (ПЭГ-ИФН- $\alpha$ 2a+РБВ) превосходит схему 3 (ПЭГ-ИФН- $\alpha$ 2b+РБВ) по эффективности затрат.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Standard Therapy of Chronic Hepatitis C Virus Infection / M. Cornberg [et al.] // Hepatology. — 2013. A clinical textbook / Ed. S. Mauss [et al.]. — 4th ed. — Duesseldorf: Flying Publisher, 2013. — P. 201–238.
2. Darling, J. M. Hepatitis C / J. M. Darling, S. M. Lemon, M. W. Fried // Schiff's Diseases of the Liver. — 11th ed. / Ed. by E. R. Schiff, W. C. Maddrey, M. F. Sorrell. — Wiley-Blackwell, 2012. — P. 582–652.
3. Cost-effectiveness of treatment for chronic hepatitis C infection in an evolving patient population / J. A. Salomon [et al.] // JAMA. — 2003. — Vol. 290, № 2. — P. 228–287.

**УДК 616.36 - 002.2: [616.89-008.454+612.821.33]**

### **ИЗУЧЕНИЕ ВЫРАЖЕННОСТИ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ГЕПАТИТАМИ**

***Воропаева А. Е.***

**Научный руководитель: к.м.н., доцент В. М. Мицура**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Психические и поведенческие расстройства, среди которых наиболее часто встречается депрессия, являются одной из ведущих причин инвалидизации населения во всем мире. Риск заболеть депрессией у каждого отдельно взятого человека в течение жизни составляет примерно 20 %. Женщины страдают депрессией в 2 раза чаще, чем мужчины. Характерный возраст начала заболевания — середина жизни (30–40 лет) [1]. Тревожные расстройства — вторая по распространенности группа психических нарушений после депрессии. Различными видами тревожных расстройств страдают до 15–18 % взрослого населения.

Вирусные гепатиты также представляют собой серьезную проблему. По данным

Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в настоящее время в мире насчитывается около 350 млн инфицированных вирусом гепатита В и порядка 200 млн — вирусом гепатита С. Ежегодно около 50 млн человек болеют гепатитом В и примерно 2 млн погибают от разных форм этой инфекции [3]. Полное излечение от этой патологии не всегда возможно, что негативно сказывается на психике больных и может дополнительно усугубить их дезадаптацию и затруднить процесс лечения.

#### **Материалы и методы исследования**

Изучение уровня тревоги и депрессии проводилось с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии А. S. Zigmond и R. P. Snaith (1983) [2]. Шкала составлена из 14 утверждений, имеет две подшкалы: тревоги (нечетные пункты) и депрессии (четные пункты). Каждому утверждению соответствует 4 варианта ответа, выраженные в баллах от 0 до 3. При интерпретации учитывается суммарный показатель по каждой подшкале, при этом выделяются три области его значений: 0–7 — норма (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии), 8–10 — субклинически выраженная тревога / депрессия, 11 и выше — клинически выраженная тревога / депрессия.

Исследование психологических особенностей больных с хроническими гепатитами проводилось на базе отделения хронических гепатитов (ХГ) Гомельской областной инфекционной клинической больницы. Обследовано 26 человек в возрасте от 22 до 74 лет. Среди них было 16 (69 %) мужчин и 8 (31 %) женщин. Этиологическая структура заболеваний: 46,5 % — ХГС, 19 % — ХГВ; у 11,5 % пациентов был ХГ неуточненной этиологии, у 23 % — в стадии цирроза печени.

#### **Результаты исследования**

Количество баллов по госпитальной шкале тревоги и депрессии А. S. Zigmond и R. P. Snaith и их оценка ниже представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Частота выявления показателей тревоги и депрессии у больных ХГ

Показатели	ХГ (n = 26)	
	абс., чел.	% (95 % ДИ — дисперсии)
Тревога	7	26,9 (5,4–15,0)
Депрессия	5	19,2 (3,8–11,0)

Клинически выраженная форма депрессии отмечена у 1 (3,8 %), субклиническая у 4 (15,4 %), отсутствие депрессии отмечено у 21 (80,8 %) пациента. Соответственно тревога в клинической форме отмечена у 3 (11,5 %), в субклинической — у 4 (15,4 %), отсутствие тревоги отмечено у 19 (73,1 %) пациентов. Депрессия сочеталась с тревогой у 3 (11,5 %) пациентов, изолированная тревога выявлена у 4 (15,4 %), изолированная депрессия у 2 (7,7 %). Тревога обнаружена у 11,5 % мужчин и у 15,3 % женщин. Депрессия имела у 3,8 % мужчин и 15,3 % женщин.

#### **Заключение**

Признаки тревоги и депрессии имеются более чем у 10 % стационарных пациентов с хроническими гепатитами, причем чаще у женщин. Для индивидуализации терапии больных ХГ очень важным является учет всех возможных факторов развития тревожно-депрессивной патологии каждого пациента.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Евсегнеев, Р. А.* Психиатрия для врача общей практики / Р. А. Евсегнеев. — Минск: Беларусь, 2001. — С. 87–125.
2. *Zigmond, A. C.* The Hospital Anxiety and Depression scale / A. C. Zigmond, R. P. Snaith // Acta Psychiatr. Scand. — 1983. — Vol. 67. — P. 361–370.
3. *Шахгильдян, И. В.* Парентеральные вирусные гепатиты (эпидемиология, диагностика, профилактика) / И. В. Шахгильдян, М. И. Михайлов, Г. Г. Онищенко. — М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2003. — 384 с.