

када диагностированы в 18 % у детей 2-й группы и 7 % в 3-й (таблица 1).

Таблица 1 — Частота встречаемости ЭКГ-изменений у обследованных новорожденных (%)

Характер ЭКГ-изменений	1 группа, (n = 28)	2 группа, (n = 11)	3 группа, (n = 14)
Синусовая тахикардия/ аритмия	14	9	36
Синусовая брадикардия/ аритмия	14	18	29
Экстрасистолия суправентрикулярная	21	9	7
Экстрасистолия вентрикулярная	11	9	7
Блокада ЛНПГ	4	27	14
СА блокада 2 степени и внутрижелудочковая блокада	—	18	7
Синдром WPW	7	9	—

При проведении УЗИ НСГ у 21 % исследуемых детей 1й группы сравнения были выявлены кисты во 2й и 3й группах дети с кистами составили 27 и 14 % соответственно. У 11 % новорожденных из 1-й группы и 9 % из 2-й были зарегистрированы кровоизлияния в вещество головного мозга и гидроцефалия. Без видимых изменений НСГ была у большинства детей: 68, 64 и 86 %.

Выводы:

1. У детей, рожденных в асфиксии, отмечалось развитие не только синдрома дезадаптации, но и персистирование фетальных коммуникаций, в особенности у новорожденных с ВПС.

2. Значительную роль в развитии синдрома дезадаптации сердечно-сосудистой системы у новорожденных играет состояние матери во время беременности, ее патологическое течение, а также сопутствующая экстракардиальная патология, такая как внутриутробная инфекция, конъюгационная желтуха. Наиболее часто встречается в группе детей с ВПС.

3. Частыми кардиальными проявлениями синдрома дезадаптации сердечно-сосудистой системы являются нарушения ритма в виде синусовой тахикардии у детей с персистирующими фетальными коммуникациями, у детей с ВПС превалирует блокада левой ножки пучка Гисса.

4. В большинстве случаев патологических изменений на НСГ не выявлены.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Баевский, Р. М.* Анализ variability сердечного ритма при использовании различных электрокардиографических систем / Р. М. Баевский // Вестник аритмологии. — 2001. — № 24. — С. 65–86.
2. *Можаява, Н. Н.* Изменения со стороны сердечно-сосудистой системы при внутриутробной гипоксии плода / Н. Н. Можаява, И. О. Буштырева, В. В. Чернавский // Вопросы практической педиатрии. — 2008. — Т. 3. — № 5. — С. 38.
3. *Харенко, И. В.* Оценка диастолической функции миокарда у новорожденных с перинатальной патологией / И. В. Харенко, Д. К. Волосняков // Педиатрия. — 2006. — № 1. — С. 14–17.
4. *Симонова, Л. В.* Поситгипоксический синдром дезадаптации сердечно-сосудистой системы у новорожденных и детей раннего возраста / Л. В. Симонова, Н. П. Котлукова, Н. В. Гайдукова // Вестник аритмологии. — 2000. — № 18. — С. 120.

УДК 616.36-002-085.281:578.247

ИТОГИ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕПАРАТАМИ ИНТЕРФЕРОНОВ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С

Красавцев Е. Л.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Известно, что неблагоприятными прогностическими факторами, влияющими на результат противовирусной терапии являются: высокий уровень виремии, наличие HCV-мутантов, 1 генотип HCV (особенно 1b), мужской пол, возраст старше 50 лет, длительное инфицирование, наличие цирроза печени, низкий исходный уровень аминотрансфераз, гранулы железа, выявленные при морфологическом исследовании ткани печени (высокий уровень сывороточного железа и ферритина), синдром холестаза [1, 2, 3, 4]. В настоящее время стандартом терапии является комбинированная терапия пегилированными формами интерферонов и рибавирином [5]. В то же время в странах, где это достаточно дорогостоящее лечение остается малодоступным большинству пациентов, актуальным является применение для терапии ХГС стандартных препаратов интерферонов с рибавирином. Поэтому весьма важно оценить итоги применения этих препаратов, для лучшего отбора пациентов с целью повышения эффективности терапии.

Существуют унифицированные критерии оценки эффективности с выделением биохимического (нормализация АЛТ) и вирусологического ответа (элиминация РНК или снижение титра РНК HCV на 2 порядка и более). При этом выделяют следующие варианты [3]:

1. Ранний ответ — спустя 12 недель от начала терапии.
2. Первичный ответ — на момент завершения лечения.
3. Устойчивый ответ — через 6 месяцев после окончания терапии.
4. Длительный ответ — через 12 месяцев.
5. Не-ответ.
6. Частичный ответ — только биохимический.

Цель исследования

Определить исходы терапии препаратами стандартных интерферонов у пациентов ХГС различного пола, возраста, с различными генотипами вируса.

Материал и методы

После окончания терапии препаратами интерферонов наблюдалось 183 пациента (64 женщины и 119 мужчин) в возрасте от 3 до 62 лет. Диагноз был подтвержден у всех больных обнаружением РНК HCV до начала проведения противовирусной терапии. Препараты ИФН назначались пациентам с 1996 года, когда эти препараты стали применяться в Республике Беларусь для лечения ХГС, и в это время предлагались разнообразные показания и различные схемы лечения. Этим объясняется, что некоторые больные получали ИФН при отсутствии биохимической активности и 6-месячные курсы при неизвестном генотипе вируса гепатита С. Комбинированную терапию с рибавирином получали 57 пациентов. Высокие начальные дозы (6 млн. МЕ препаратов ИФН) назначались 79 больному, остальные (47) получали стандартную схему лечения ИФН (по 3 млн МЕ 3 раза в неделю). Больных с 1b генотипом HCV среди этих пациентов было 73, с другими генотипами — 44; 66 пациентам генотип HCV не был определен. Вирусная нагрузка определялась у 118 больных ХГС.

Устойчивый или длительный вирусологический ответ был зарегистрирован у 44 больных (24 %).

Для сравнения различий в частоте вирусологического ответа в различных группах использовались методы непараметрической статистики (χ^2 и Фишера при использовании таблиц 2×2).

Результаты и обсуждение

Среди больных с 1b генотипом HCV устойчивый или длительный вирусологический ответ был лишь у 7 человек из 73 (9,6 %). Все эти больные были мужчинами (эффективность лечения — 13 %). Средний возраст их составил $34,6 \pm 3,8$ лет. До 20 лет

среди них был лишь один пациент. Эффективность терапии в этой группе пациентов составила 7,6 %, 21–40 лет — 8,8 %, а свыше 40 лет — 11,6 %; 6 (85,7 ± 14,3 %) больных получили лечение в течение 12 месяцев и 1–6 месяцев. Высокодозное начало было назначено 3 (42,9 ± 20,2 %), комбинированная терапия с рибавирином — 4 (57,1 ± 10,2 %) пациентам. Монотерапию не получал ни один больной с 1b генотипом HCV среди лиц с устойчивым или длительным вирусологическим ответом.

Устойчивый или длительный вирусологический ответ не наблюдался у 66 больных с 1b генотипом HCV. Мужчин среди них было 48 (72,7 ± 5,5 %), женщин 18 (27,3 ± 5,5 %). Средний возраст составил 33,7 ± 1,8 лет. В течение 12 месяцев лечение получали 25 (37,9 ± 6,0 %) пациентов, что статистически значимо реже ($p = 0,0404$, $\chi^2 = 4,2$), чем в группе больных с устойчивым или длительным вирусологическим ответом, в течение 6 месяцев — 31 (47,0 ± 6,1 %). 10 (15,1 ± 4,4 %) больным терапия препаратами интерферонов была отменена после 3 месяцев лечения в связи с неэффективностью или непереносимостью. Высокодозное начало было назначено 26 (39,4 ± 6,0 %), комбинированная терапия с рибавирином — 27 (40,9,1 ± 6,1 %) пациентам; 13 (19,7 ± 4,9 %) больным препараты интерферона получали в виде монотерапии. У 23 пациентов наблюдался ранний вирусологический ответ, а у 12 — первичный вирусологический ответ.

Среди больных с другими генотипами HCV устойчивый или длительный вирусологический ответ был у 17 человек из 44 (38,6 %). Среди них мужчин было 8 (43,7 ± 12,4 %), женщин — 9 (56,3 ± 12,4 %). Эффективность терапии у женщин составила 56 %, у мужчин — 29 %. Средний возраст их составил 29,6 ± 2,3 лет. Эффективность терапии в группе пациентов до 20 лет составила 40 %, 21–40 лет — 35,6 %, а свыше 40 лет — 50,0 %. 14 (82,4 ± 9,5 %) больных получили лечение в течение 12 месяцев и 3 (17,6 ± 9,5 %) — 6 месяцев. Высокодозное начало было назначено 8 (47,1 ± 12,5 %), комбинированная терапия с рибавирином — 8 (47,1 ± 12,5 %) пациентам. Монотерапию получал лишь один больной в этой группе. У одного пациента был зарегистрирован ранний вирусологический не-ответ.

Устойчивый или длительный вирусологический ответ не наблюдался у 27 больных с другими генотипами HCV. Мужчин среди них было 20 (74,1 ± 8,6 %), женщин 7 (25,9 ± 8,6 %). Средний возраст составил 30,3 ± 2,1 лет, больных до 20 лет было 3 (11,1 ± 6,2 %), старше 40 лет — 4 (14,8 ± 7,0 %). В течение 12 месяцев лечение получали 10 (37,0 ± 9,5 %) пациентов, в течение 6 месяцев — 9 (33,3 ± 9,2 %); 8 (29,6 ± 9,0 %) больным терапия препаратами интерферонов была отменена после 3 месяцев лечения в связи с неэффективностью или непереносимостью. Высокодозное начало было назначено 12 (44,4 ± 9,7 %), комбинированная терапия с рибавирином — 7 (25,9 ± 8,6 %) пациентам; 8 (29,6 ± 9,0 %) больным препараты интерферона получали в виде монотерапии. У 13 пациентов наблюдался ранний вирусологический ответ, а у 6 — первичный вирусологический ответ. Статистически значимых отличий с группой больных с устойчивым или длительным вирусологическим ответом не наблюдалось.

Среди больных, у которых генотип HCV не был определен, устойчивый или длительный вирусологический ответ был у 20 человек из 66 (30,3 %). Среди них мужчин было 7 (35,0 ± 10,9 %), женщин — 13 (65,0 ± 10,9 %). Эффективность терапии в группе пациентов до 20 лет составила 40 %, 21–40 лет — 29,6 %, а свыше 40 лет — 25,0 %; 17 (85,0 ± 8,2 %) больных получили лечение в течение 12 месяцев и 3 (15,0 ± 8,2 %) — 6 месяцев. Высокодозное начало было назначено 7 (35,0 ± 10,9 %), комбинированная терапия с рибавирином — 2 (10,0 ± 6,7 %) пациентам. Монотерапию получали 11 (55,0 ± 11,4 %) больных в этой группе. У одного пациента был зарегистрирован ранний виру-

сологический не-ответ, и еще у одного — первичный вирусологический не-ответ.

Устойчивый или длительный вирусологический ответ не наблюдался у 46 больных, у которых генотип HCV не был определен. Среди них был 31 мужчина ($67,4 \pm 6,9 \%$), женщин 15 ($32,6 \pm 6,9 \%$). Женщин среди этих пациентов регистрировалось статистически значимо меньше ($p = 0,0144$, $\chi^2 = 5,99$), чем среди больных с устойчивым или длительным вирусологическим ответом. Средний возраст составил $28,6 \pm 1,5$ лет, больных до 20 лет было 6 ($13,0 \pm 5,0 \%$), старше 40 лет — 9 ($19,6 \pm 5,8 \%$). В течение 12 месяцев лечение получали 18 ($39,1 \pm 7,2 \%$) пациентов, что статистически значимо реже ($p = 0,0172$, $\chi^2 = 5,68$), чем в группе больных с устойчивым или длительным вирусологическим ответом, в течение 6 месяцев — 16 ($34,8 \pm 7,0 \%$). 12 ($26,1 \pm 6,5 \%$) больным терапия препаратами интерферонов была отменена после 3 месяцев лечения в связи с неэффективностью или непереносимостью. Высокодозное начало было назначено 23 ($50,0 \pm 7,4 \%$), комбинированная терапия с рибавирином — 4 ($8,7 \pm 4,2 \%$) пациентам. 19 ($41,3 \pm 7,3 \%$) больным препараты интерферона получали в виде монотерапии. У 20 пациентов наблюдался ранний вирусологический ответ, а у 8 — первичный вирусологический ответ. У 4 пациентов, у которых устойчивый или длительный вирусологический ответ не наблюдался непосредственно после лечения, спустя несколько лет при повторном исследовании РНК HCV не обнаруживалась.

Устойчивый или длительный вирусологический ответ после лечения препаратами интерферонов наблюдался как у больных с отрицательными результатами выявления РНК HCV на фоне лечения, так и с положительными. Отрицательные результаты при обнаружении РНК HCV во время лечения не всегда соответствовали устойчивому или длительному вирусологическому ответу после окончания лечения. К устойчивому или длительному вирусологическому ответу достоверно чаще приводили 12-месячные курсы терапии (в $40,2 \pm 5,1 \%$ случаев, $p = 0,0001$, $\chi^2 = 15,58$), чем 6-месячные ($11,1 \pm 4,0 \%$). Чаще устойчивый или длительный вирусологический ответ наблюдался у женщин ($37,3 \pm 6,3 \%$, у мужчин — $18,5 \pm 3,6 \%$, $p = 0,0062$, $\chi^2 = 7,49$).

Заключение

Среди больных с 1b генотипом HCV устойчивый или длительный вирусологический ответ был лишь у $9,6 \%$ больных. У пациентов с другими генотипами HCV устойчивый или длительный вирусологический ответ регистрировался у $38,6 \%$ больных. У пациентов с различными генотипами вируса гепатита С эффективность лечения не зависела от возраста. К устойчивому или длительному вирусологическому ответу достоверно чаще приводили 12-месячные курсы терапии (в $40,2 \pm 5,1 \%$ случаев, $p = 0,0001$, $\chi^2 = 15,58$), чем 6-месячные ($11,1 \pm 4,0 \%$). Чаще устойчивый или длительный вирусологический ответ наблюдался у женщин — $37,3 \pm 6,3 \%$, у мужчин — $18,5 \pm 3,6 \%$, $p = 0,0062$, $\chi^2 = 7,49$).

Устойчивый или длительный вирусологический ответ после лечения препаратами интерферонов наблюдался как у больных с отрицательными результатами выявления РНК HCV на фоне лечения, так и с положительными. Отрицательные результаты при обнаружении РНК HCV во время лечения не всегда соответствовали устойчивому или длительному вирусологическому ответу после окончания лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карпов, В. В. Хронический гепатит С. / В. В. Карпов // Иммунология, аллергология, инфектология. — 2000. — № 2. — С. 55–74.
2. Соринсон, С. Н. Вирусные гепатиты / С. Н. Соринсон. — 2-е изд. — СПб., 1997. — 280 с.
3. EASL International Consensus Conference on Hepatitis C // J. Hepatol. — 1999. — Vol. 30, № 2. — P. 956–961.
4. Hoomagle, J. H. The treatment of chronic viral hepatitis / J. H. Hoomagle, A. M. Di Bisceglie // N. Engl. J. Med. — 1997. — Vol. 336, № 5. — P. 347–356.

УДК 616.127–005.8–616–08

ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ С Q-ОБРАЗУЮЩИМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РАЗНЫХ МЕТОДОВ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ

Кривелевич Н. Б., Бажкова Н. В., Калинин А. Л., Вуевская И. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Учреждение здравоохранения

**«Гомельский областной клинический госпиталь
инвалидов Отечественной Войны»**

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются одной из основных причин смертности во всех индустриально развитых странах. В структуре ССЗ ведущее место занимает ишемическая болезнь сердца (ИБС). Актуальность ИБС определяется ее ролью в инвалидизации и смертности населения, финансовыми затратами, связанными с лечением и реабилитацией пациентов. В отличие от стран Западной Европы, США и Канады, где за последние 30 лет наблюдается снижение смертности от одного из наиболее тяжелых осложнений течения ИБС — острого инфаркта миокарда (ОИМ), в странах СНГ этот показатель остается на высоком уровне [1].

Доказано, что основной причиной инфаркта миокарда является тромбоз коронарной артерии, возникающий на месте имеющейся атеросклеротической бляшки с поврежденной поверхностью. Поэтому основной патогенетический метод лечения инфаркта миокарда — это скорейшее восстановление проходимости инфаркт-связанной артерии [2]. Тромболитическая терапия восстанавливает проходимость артерий, и соответственно, ограничивает зону некроза миокарда. Использование системного тромболиза при инфаркте миокарда позволило существенно снизить частоту осложнений и уменьшить летальность при данном заболевании.

Оценка степени риска при остром инфаркте миокарда необходима для выявления тех пациентов, у кого определенные медицинские вмешательства могут улучшить клинические исходы. На прогноз после перенесенного ИМ оказывают влияние такие факторы, как возраст пациента, пол, наличие ИМ в анамнезе, сахарный диабет, артериальная гипертензия, дислипидемия, курение и предшествующие цереброваскулярные события [3]. К числу наиболее важных факторов относятся состояние функции левого желудочка, нарушение ритма сердца и развитие повторных эпизодов ишемии (приступов стенокардии).

Ведущее место в работах по определению прогноза жизни пациентов с перенесенным инфарктом миокарда занимают тесты с физической нагрузкой, сочетающие возможность многосторонней оценки состояния сердечно-сосудистой системы. Нагрузочный тест позволяет косвенно судить о степени снижения насосной функции левого желудочка, о характере индуцируемой нагрузкой ишемии миокарда и нарушениях ритма [4]. Наряду с этим эхокардиографическая (ЭХО-КГ) оценка функции миокарда имеет