

А что же у нас? Врачи долго, внимательно приглядываются к пациенту, прежде чем рискнут раскрыть хотя бы частично тайну его болезни. К сожалению, пациенты, сами часто не готовы принять правду о себе. Видимо, наши врачи все же лучше знают нашу ментальность и... жалеют нас. Не стоит навязывать этот разговор, если человек не готов к нему, именно поэтому правду о диагнозе лучше сообщать дозированно, постепенно подготавливая пациента. Иногда лучше, если эту миссию возьмут на себя родственники больного. И, наверное, надо всегда оставлять человеку надежду, что ему помогут если не вылечатся, то хотя бы облегчить страдания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Основы социальной концепции Русской Православной Церкви // Информационный бюллетень ОВЦС Московского Патриархата. — 2000. — № 8. — С. 82.
2. Калиновский П. Переход // Последняя болезнь, смерть и после. — Екатеринбург, 1994. — С. 125.
3. Сгречча, Э. Биоэтика: учебник / Э. Сгречча, В. Тамбоне. — М., 2002. — С. 362–363.

УДК-616; 36-002-085:578.245

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С ВНЕ БИОХИМИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ИЛИ С МИНИМАЛЬНОЙ БИОХИМИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ

Романова Е. И.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский институт»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Хронический гепатит С (ХГС) остается одной из наиболее значимых проблем в здравоохранении. По данным ВОЗ в мире вирусом гепатита С инфицировано более 170 млн жителей (около 3 % населения) и ежегодный прирост инфицированных составляет более 3 млн человек [1]. Высокая распространенность ХГС, преобладание среди пациентов лиц молодого возраста, сложности ранней диагностики, возможность развития цирроза печени или гепатоцеллюлярной карциномы определяют актуальность совершенствования методов терапии хронических форм HCV-инфекции [2].

За последние годы достигнуты значительные успехи в терапии HCV-инфекции. Из всех ранее предлагаемых режимов терапии наиболее оптимальным является комбинированная терапия, как правило, сочетание альфа-интерферонов (ИФН) с аналогами нуклеозидов [3].

Унифицированы критерии оценки эффективности лечения с выделением биохимического (нормализация АлАТ) и вирусологического ответа (элиминация РНК или снижение титра РНК ВГС на 2 Iq и более). При этом выделяют следующие варианты вирусологического ответа: ранний ответ (оценивается спустя 12 недель от начала терапии), первичный ответ (оценивается на момент окончания терапии), устойчивый ответ (оценивается через 6 месяцев после окончания терапии), длительный ответ (оценивается через 12 месяцев после окончания терапии, не-ответ (отсутствие биохимического и вирусологического ответа), частичный ответ (только биохимический ответ) [5].

Факторы, прогнозирующие положительный ответ вируса гепатита С на лечение включают генотип (не 1b), низкий уровень РНК HС (менее 500000 МЕ/мл), отсутствие признаков формирования цирроза или фиброза печени, наличие раннего вирусологического ответа, незначительный стаж продолжения болезни (менее 5 лет), возраст (менее 45 лет) [4].

Однако эффективность терапии остается достаточно низкой. При использовании пегилированных интерферонов с рибавирином при 1b генотипе HCV около 50 %, при других генотипах — до 70–80 %. При использовании «стандартных» ИФН эффектив-

ность не превышает 20–40 % в зависимости от генотипа вируса гепатита С. Однако, несмотря на показания, противопоказания, вероятность развития побочных эффектов, необходимо помнить, что каждый пациент требует индивидуального подхода, а лечение интерферонами должно быть обоснованным.

Цель исследования

Анализ эффективности этиотропной терапии больных хроническим вирусным гепатитом С вне биохимической активности или с минимальной биохимической активностью в зависимости от генотипа вируса и схемы терапии (использование «стандартных» или пегилированных ИФН).

Материалы и методы

Был обследован 41 человек, проходивших курс лечения за период 2011–2012 гг.

18 пациентов получали схему, состоящую из комбинации «стандартных» ИФН и рибавирина, 23 пациента получали сочетание пегилированных ИФН и рибавирина. Противовирусную терапию назначали по общепринятым показаниям. Диагноз был подтвержден у всех больных обнаружением РНК HCV до начала терапии. Эффективность комбинированной противовирусной терапии оценивалась по биохимическому (БО) и вирусологическому (ВО) ответу спустя 12 недель от начала терапии, на момент окончания лечения (48 недель), и спустя 6 месяцев после завершения терапии, и у части пациентов спустя 12 месяцев после окончания терапии. Мониторинг терапии учитывал определение вирусной нагрузки, гемограммы, содержание билирубина, активность АЛАТ, АсАТ, ГГТП, щелочной фосфатазы, общего белка и белковых фракций. Переносимость и побочные действия препарата оценивали по объективным данным и гематологическим показателям.

Результаты и обсуждения

Обследован 41 человек с хроническим гепатитом С вне биохимической активности 6 (14,6 %) человек и с минимальной биохимической активностью 35 (87,5 %) человек в возрасте от 18 до 57 лет. Из них мужчин — 24 (58,5 %), а женщин — 17 (41,5 %). Генотип ВГС был определен у всех пациентов. 18 исследуемых (43,9 %) получали схему, включающие применение «стандартных» интерферонов и рибавирина 12–24–48 недель с учетом варианта вирусологического ответа. Из этой группы пациентов у 9 (50 %) — генотип 1b, у 1 (5,6 %) — генотип 2, у 8 человек (44,4 %) — генотип 3. У 23 (56,1 %) пациентов схема противовирусной терапии включала применение пегилированных интерферонов в комбинации с рибавирином. В этой группе у 13 (56,5 %) — 1b генотип, у 2 (8,8 %) — 2 генотип, у 8 (34,7 %) — 3 генотип.

В соответствии с целью исследования проанализирована эффективность комбинированной противовирусной терапии у пациентов с ХГС вне биохимической активности и с минимальной биохимической активностью в зависимости от схемы проводимой терапии и от генотипа вируса (таблица 1).

Ранний вирусологический ответ среди 18 (43,9 %) пациентов, получавших комбинированную противовирусную терапию «стандартными» интерферонами и рибавирином получен у 9 (50 %) человек.

Таблица 1 — Эффективность этиотропной терапии у больных ХГС вне биохимической активности и с минимальной биохимической активностью

Ответ на интерферонотерапию		«Стандартные» интерфероны 18 (43,9 %)	Пегилированные интерфероны 23 (56,1 %)
Ранний	ВО	9 (50 %)	18 (78,2 %)
	БО	13 (72,2 %)	22 (95,6 %)
Первичный	ВО	6 (33,3 %)	14 (60,9 %)
	БО	10 (55,6 %)	17 (73,9 %)
Устойчивый или длительный	ВО	4 (22,2 %)	11 (47,8 %)
	БО	8 (44,4 %)	15 (65,2 %)

Активность АлАТ нормализовалась у 13 (72,2 %) пациентов. К окончанию лечения (первичный вирусологический ответ) определялся у 6 (33,3 %) пациентов из 18 обследуемых, биохимический ответ отмечался у 10 (55,0 %) человек. Устойчивый или длительный вирусологический ответ регистрировался только у 4 (22,2 %) человек. Нормальные показатели активности АлАТ были зарегистрированы в эти сроки у 8 (44,4 %) из 18 пациентов. Среди 23 (56,1 %) пациентов, получавших комбинацию пегилированных интерферонов с рибавирином, ранний вирусологический ответ получен у 18 (78,2 %) из них. Активность АлАТ нормализовалась у 22 (95,6 %) пациентов. Первичный вирусологический ответ зарегистрирован у 14 (60,9 %) обследуемых из 23, первичный биохимический ответ на момент окончания лечения сохранился у 17 (73,9 %) пациентов. Устойчивый или длительный вирусологический ответ отмечался у 11 (47,8 %) человек, а нормальные показатели АлАТ регистрируются у 15 (65,2 %) пациентов.

Так как неблагоприятным прогностическим фактором, влияющим на исход противовирусной терапии является 1b генотип, проведено сравнение эффективности интерферонотерапии у больных ХГС с 1b генотипом и другими генотипами HCV (таблица 2). Таблица 2 — Эффективность этиотропной терапии у больных с 1b генотипом ХГС вне биохимической активности и с минимальной биохимической активностью

Ответ на интерферонотерапию		«Стандартные» интерфероны 9 чел. (50 %)	Пегилированные интерфероны 13 чел. (56,5 %)
Ранний	ВО	4 (44,4 %)	10 (76,9 %)
	БО	6 (66,6 %)	12 (92,3 %)
Первичный	ВО	1 (11,1 %)	7 (53,8 %)
	БО	4 (44,4 %)	10 (76,9 %)
Устойчивый или длительный	ВО	1 (11,1 %)	5 (38,5 %)
	БО	3 (33,3 %)	8 (61,5 %)

Среди 9 (50 %) пациентов с 1b генотипом ХГС вне биохимической активности или с минимальной биохимической активностью, получавших «стандартные» интерфероны в комбинации с рибавирином ранний вирусологический ответ получен у 4 (44,4 %) человек, а ранний биохимический ответ — у 6 (66,6 %). Первичный вирусологический ответ был у 1 (11,1 %) пациента, а первичный биохимический ответ — у 4 (44,4 %) человек. Устойчивый или длительный вирусологический ответ зарегистрирован у 1 (11,1 %) обследуемого. Нормальные показатели АлАТ были зарегистрированы в эти сроки у 3 (33,3 %) пациентов.

В группе больных с 1b генотипом (13 (56,5 %)) на фоне терапии пегилированными интерферонами ранний вирусологический ответ отмечен у 10 (76,9 %) пациентов, которым определение РНК HCV было проведено после 3 месяцев лечения, а ранний биохимический ответ — у 12 (92,3 %). На момент окончания лечения отрицательные результаты индикации РНК HCV отмечены у 7 (53,8 %) обследуемых, а нормальные показатели АлАТ отмечались у 10 (76,9 %). Устойчивый или длительный ответ у пациентов с 1 генотипом зарегистрирован у 5 (38,5 %) человек, нормальные показатели АлАТ сохранялись у 8 (61,5 %) пациентов (таблица 3).

Таблица 3 — Эффективность этиотропной терапии у больных ХГС вне биохимической активности и с минимальной биохимической активностью с другими генотипами

Ответ на интерферонотерапию		«Стандартные» интерфероны 9 чел. (50 %)	Пегилированные интерфероны 10 чел. (43,5 %)
Ранний	ВО	5 (55,5 %)	8 (80 %)
	БО	7 (77,7 %)	10 (100 %)
Первичный	ВО	5 (55,5 %)	7 (70 %)
	БО	6 (66,6 %)	8 (80 %)
Устойчивый или длительный	ВО	3 (33,3 %)	6 (60 %)
	БО	5 (55,5 %)	7 (70 %)

Среди 9 больных ХГС с другими генотипами HCV, получавших терапию «стандартными» интерферонами ранний вирусологический ответ отмечен у 5 (55,5 %) пациентов, а нормализация АлАТ отмечена у 7 (77,7 %). На момент окончания лечения (первичный вирусологический ответ) регистрируется у 5 (55,5 %) человек, а первичный биохимический — у 6 (66,6 %). Устойчивый или длительный вирусологический ответ в этой группе пациентов был получен у 3 (33,3 %) обследуемых, а нормализация АлАТ достигнута у 5 (55,5 %) человек. У 10 больных с другими генотипами, получавших терапию пегилированными интерферонами, ранний вирусологический ответ получен у 8 (80 %) пациентов, а ранний биохимический ответ — у 10 (100 %). Первичный биохимический ответ в этой группе пациентов достигнут у 7 (70 %) обследуемых, а первичный биохимический ответ — у 8 (80 %). Устойчивый или длительный вирусологический ответ отмечен у 6 (60 %) пациентов, а нормальные показатели АлАТ сохранились у 7 (70 %) обследуемых.

Выводы

Результаты данных исследований позволяют оценить эффективность этиотропной терапии у пациентов с ХГС вне биохимической активности и с минимальной биохимической активностью в зависимости от генотипа вируса и от схемы терапии (использование «стандартных» или пегилированных интерфероном в сочетании с рибавирином). Так, ранний, первичный, устойчивый или длительный вирусологический и биохимический ответы встречаются достоверно чаще у пациентов с генотипами «не 1b», по сравнению с пациентами с 1b генотипом. Также достоверно чаще ранний, первичный, устойчивый или длительный вирусологический и биохимический ответы наблюдаются при использовании схем терапии, включающих использование пегилированных интерферонов в сравнении с пациентами, в схему этиотропной терапии которых входят «стандартные» интерфероны, как в группе пациентов с 1b генотипом, так и с другими генотипами.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Апросина, З. Г.* Хронический вирусный гепатит / З. Г. Апросина, Т. М. Игнатова, Н. А. Мухин. — М.: Медицина, 2002. — 359 с.
2. *Майер, К. П.* Гепатит и его последствия / К.П. Майер. — М.: ГОЭТАР, 2005. — 432 с.
3. *Ивашкин, В. Т.* Диагностика, лечение и ведение пациентов с гепатитом С / В. Т. Ивашкин // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. — 2006. — № 2.
4. Интерферонотерапия хронического гепатита С / С. В. Жаворонок [и др.] // Здравоохранение. — 2008. — № 8.
5. *Красавцев, Е. Л.* Иммунологические и морфологические изменения при хроническом гепатите С и их роль в прогнозировании эффективности интерферонотерапии / Е. Л. Красавцев. — Гомель, 2012. — 161 с.

УДК 616.71-007.234:616-001.5-07

АЛГОРИТМ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Романов Г. Н., Руденко Э. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

г. Гомель, Республика Беларусь

Государственное учреждение образования

«Белорусская медицинская академия последипломного образования»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

В настоящее время проблема увеличения распространенности возраст-ассоциированных заболеваний населения является весьма актуальной. По данным ВОЗ остеопороз среди неинфекционных болезней занимает четвертое место среди лиц в возрасте старше 50 лет.