



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ЗБІРКА ТЕЗ

**ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ
СПІЛЬНО З АСОЦІАЦІЄЮ ГІНЕКОЛОГІВ-ЕНДОКРИНОЛОГІВ
УКРАЇНИ**

**«МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ, ПРАВОВІ ПРОБЛЕМИ
РЕПРОДУКТИВНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ЕФЕКТИВНІ
ШЛЯХИ ЇХ ПОДОЛАННЯ В УМОВАХ
РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ УКРАЇНИ»**

23 жовтня 2020 р., м. Запоріжжя



ОРГКОМІТЕТ

Голова оргкомітету: Ректор Запорізького державного медичного університету, заслужений діяч науки та техніки України, професор Ю.М. Колесник

Члени оргкомітету: д.мед.н., проф. Туманський В.О., доц. Авраменко М.О., проф. Авраменко Н.В., доц. Моргунцова С.А., проф. Рябоконь Ю.Ю., доц. Нікіфоров О.А.

Секретаріат: к.мед.н., ас. Грідіна І.В., к.мед.н., ас. Кабаченко О.В.

статистично значущі розбіжності в досліджуваних параметрах, проте серед хворих III групи 34,3 % (53 із 154) мали підвищену активність АЛТ в крові.

При аналізі вірусологічних параметрів у хворих на ХГВ без цирозу печінки відмінності у вірусному навантаженні досліджуваних груп виявилися закономірними, оскільки рівень підвищення HBV-DNA в крові був одним з критеріїв при формуванні груп пацієнтів. Однак слід зазначити, що частота виявлення позитивного HBeAg в сироватці крові чітко залежала від рівня вірусного навантаження та виявилася найбільшою у пацієнтів I групи, порівняно як з хворими III групи (73,7 % проти 10,5 %, $\chi^2=41,31$, $p<0,0001$), так й з пацієнтами II групи (73,7 % проти 22,5 %, $\chi^2=18,38$, $p<0,001$). Крім того, зафіксована й статистично значуща різниця в частоті виявлення HBeAg-позитивних пацієнтів й при порівнянні II та III груп (22,5 % проти 10,5 %, $\chi^2=5,16$, $p<0,01$). Однак за наявності чітких статистично значущих розбіжностей в вірусологічних показниках у пацієнтів досліджуваних груп, частка пацієнтів з різними стадіями фіброзу печінки була однаковою у хворих на ХГВ без цирозу печінки досліджуваних груп.

Приймаючи до уваги, що серед пацієнтів III групи, яким проведення ПВТ не рекомендується, кожен третій мав лабораторні ознаки цитолітичного синдрому – 34,3 % (53 із 154), кожен десятий хворий був HBeAg-позитивним – 10,5 % (12 з 114), а більш ніж кожен четвертий мав фіброз печінки F 2-3 ступенів – 27,3 % (3 із 11), існуючі критерії моніторингу хворих на ХГВ без цирозу печінки потребують подальшого удосконалення.

Висновки. При моніторингу хворих на ХГВ без цирозу печінки тільки 8,0 % потребують першочергового призначення ПВТ за сукупністю лабораторних ознак. Перебіг ХГВ у цих пацієнтів характеризується частішими антеро-вегетативними проявами, вищою виразністю цитолітичного синдрому та найчастішою циркуляцією в крові HBeAg. Серед хворих на ХГВ без цирозу печінки з низьким вірусним навантаженням, яким призначення ПВТ не рекомендується, кожен третій має цитолітичний синдром, кожен десятий HBeAg-позитивний, а кожен четвертий має фіброз печінки F 2-3 ступенів, що потребує удосконалення моніторингу саме цих пацієнтів.

ЕФЕКТИВНІСТЬ БЕЗІНТЕРФЕРОНОВОЇ ПРОТИВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С, ІНФІКОВАНИХ 1 ГЕНОТИПОМ ВІРУСУ

Ялова Г.В., Рябоконт О.В., Рябоконт Ю.Ю.
Запорізький державний медичний університет

Хронічний гепатит С (ХГС) є актуальною проблемою інфектології, що обумовлено значним поширенням захворювання, відсутністю специфічної профілактики, високим ризиком формування цирозу печінки і гепатоцелюлярної карциноми. За даними ВООЗ на ХГС страждає біля 150 млн. осіб, а 350 тис. щорічно помирають внаслідок HCV-ураження печінки. Глобальною стратегією ВООЗ є елімінація вірусних гепатитів як загрози

здоров'ю суспільства до 2030 р. В Україні з 2013 р затверджено Державну цільову програму профілактики, діагностики та лікування вірусних гепатитів.

В останні роки принципи противірусної терапії (ПВТ) істотно змінюються, що пов'язано з появою препаратів з прямим механізмом противірусної дії та подальшою можливістю використання безінтерферонових схем ПВТ, серед яких є так званий 3-D режим, що може бути застосований лише для лікування хворих, інфікованих 1 генотипом HCV. 3-D режим є багатокомпонентним безінтерфероновим режимом терапії з комбінацією трьох препаратів з прямою дією: фіксована доза інгібітору протеази NS3-4A парітапревіра, бустірованого ритонавіром, і інгібітору NS5A омбітасвіра в одній таблетці і нуклеозидний інгібітор полімерази NS5B дасабувір в поєднанні з або без рибавіріну. Враховуючи, що в Україні завдяки наявності Державної цільової програми з'явилася можливість набуття власного досвіду застосування сучасних схем ПВТ при лікуванні хворих на ХГС, тому актуальним є аналіз застосування цих схем лікування в клінічній практиці.

Мета роботи – проаналізувати ефективність 3-D режиму ПВТ хворих на ХГС, інфікованих 1 генотипом вірусу, за результатами виконання Державної цільової програми в Запорізькій області.

Матеріал і методи. В дослідження увійшли 61 хворий на ХГС інфікованих 1 генотипом вірусу віком від 24 до 76 років. Чоловіків було 37, жінок – 27. Хворі на ХГС отримували ПВТ за схемою OBV/PTV/r+DSV±RBV, при цьому RBV був включений до схеми лікування за умов F 3-4 або наявності інфікування 1a субтипом вірусу. Всі хворі отримували ПВТ в рамках виконання Державної цільової програми профілактики, діагностики та лікування вірусних гепатитів, та були обстежені в динаміці лікування згідно Уніфікованому протоколу. Всі хворі були включені в дослідження за випадковою ознакою та інформованою згодою.

Результати. Встановлено, що ПВТ за схемою OBV/PTV/r+DSV±RBV приводила до формування стійкої вірусологічної відповіді через 12 тижнів після завершення лікування (СВВ 12) у 93,4 % хворих. Ефективність ПВТ не залежала від ступеня виразності фіброзу печінки ($p > 0,05$) за результатами досягнення СВВ 12. Протягом перших 4-х тижнів ПВТ відзначена статистично значуща динаміка щодо відновлення активності АлАТ у пацієнтів, порівняно з показником до лікування. активність АлАТ знизилася ($p < 0,0001$), а частка хворих з нормальною активністю АлАТ в сироватці крові збільшилася та склала 67,2 %. При подальшому спостереженні за хворими відзначено, що на момент завершення лікування частка хворих, у яких відбулася нормалізація активності АлАТ при проведенні 3D-режиму лікування збільшилася, порівняно з 4-м тижнем проведення ПВТ ($\chi^2 = 11,3$, $p < 0,001$).

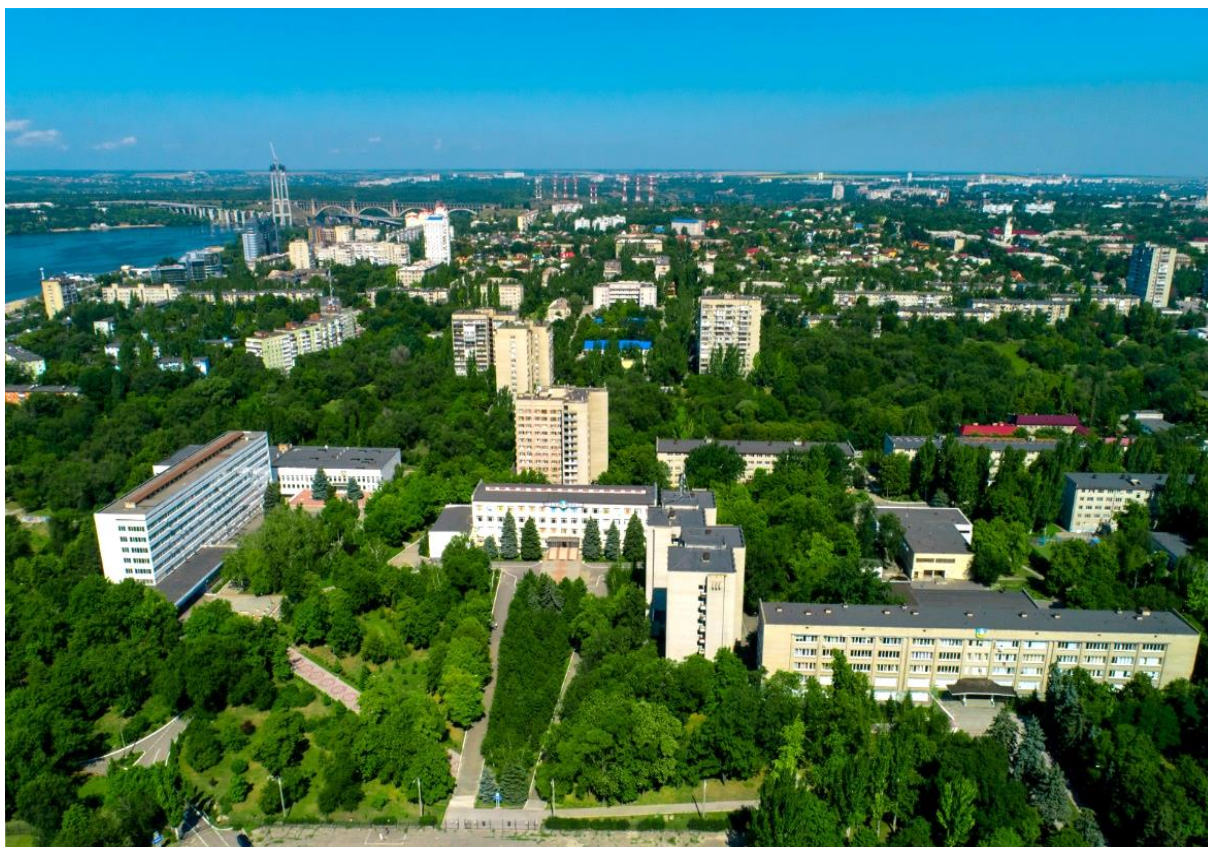
Нами було здійснено спробу визначити можливі фактори, які б могли вплинути на ефективність ПВТ із застосуванням препаратів прямої дії. При застосуванні 3D-режиму лікування аналіз таких факторів як стать, високе вірусне навантаження та попередній досвід ПВТ не мали значення як предиктори відповіді на ПВТ. Проте звернуло на себе увагу, що всі чотири

пацієнти, які не відповіли на лікування за схемою OBV/PTV/r+DSV±RBV, були середнього віку, що було достовірно вище, ніж серед хворих, які відповіли на зазначене лікування (100 % проти 49,1 %, $\chi^2=3,88$, $p=0,049$).

При застосуванні ПВТ частота розвитку таких небажаних явищ як тромбоцитопенія склала 37,7 %, а свербіж шкіри – 3,3 %. Після завершення лікування за схемою OBV/PTV/r+DSV+RBV у 2 (3,6 %) хворих на ХГС, які мали фіброз печінки F3 та F4, на тлі стійкої негативації HCV-RNA в крові було зафіксовано появу асцити.

Висновки: ПВТ за схемою OBV/PTV/r+DSV+RBV у хворих на ХГС, інфікованих 1 генотипом вірусу, приводило до формування СВВ 12 у 93,4 %, при цьому ефективність лікування не залежала від ступеня виразності фіброзу печінки. Застосування 3D-режиму приводило до нормалізації АЛАТ на момент завершення лікування у 91,8 % пацієнтів, а після завершення лікування цей показник залишався незмінним. При застосуванні безінтерферонового 3D-режиму лікування всі пацієнти, які не відповіли на ПВТ, були середнього віку, що було вище, ніж серед хворих, які відповіли формуванням СВВ 12 ($p=0,049$).

РОЛЬ ВІТАМІНІВ ТА МАКРОЕЛЕМЕНТІВ НА ЕТАПІ ПРЕДГРАВІДАРНОЇ ПІДГОТОВКИ ТА ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З ЕНДОКРИНОПАТІЯМИ Разиграєва М. О.	64
АКТУАЛЬНИЙ ВПЛИВ ПРЕНАТАЛЬНОГО СТРЕСУ НА РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я ЖІНОК Семененко І.В., Турчиненко В.В.	65
ОСОБЛИВОСТІ ГОРМОНАЛЬНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ У ЖІНОК З БЕЗПЛІДДЯМ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ПРЕНАТАЛЬНИЙ СТРЕС Семененко І.В.	66
СУЧАСНІ КЛІНІКО-ГОРМОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ НА ТЛІ ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ Усачова О.В.....	67
СУЧАСНІ ІМУНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВРОДЖЕНОЇ ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ ПЕРШИХ МІСЯЦІВ ЖИТТЯ Усачова О.В.....	68
СТАТЕВИЙ РОЗВИТОК ДІВЧАТ НА ГРУНТІ ГЕПАТОБІЛІАРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ Чайківська Е.Ф., Занько О.В. , Яроцька Н.В.....	69
МОНІТОРИНГ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ В БЕЗ ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ ПРИ ВИЗНАЧЕННІ ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ Хелемендик А.Б., Рябоконт О.В., Рябоконт Ю.Ю.	73
ЕФЕКТИВНІСТЬ БЕЗІНТЕРФЕРОНОВОЇ ПРОТИВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С, ІНФІКОВАНИХ І ГЕНОТИПОМ ВІРУСУ Ялова Г.В., Рябоконт О.В., Рябоконт Ю.Ю.....	75



Замовлення № 8923.
Оригінал-макет виконаний в ЦВЗ ЗДМУ
69035, г. Запоріжжя, пр-т Маяковського 26,

Видавництво ЗДМУ
69035, Запоріжжя, пр. Маяковського, 26