

Висновки. Отже, незважаючи на високу ефективність призначених первинних схем лікування, такий фактор, як віддалений термін початку АРТ у хворих на коінфекцію ВІЛ/ВГ, має значний вплив на подальший перебіг захворювання і розвиток несприятливих подій.

Ялова Г.В., Рябоконт О.В., Фурик О.О.
Запорізький державний медичний університет,
м. Запоріжжя, Україна

Аналіз противірусного лікування хворих на ХГС залежно від наявності коморбідної ниркової недостатності

Актуальність. Вірусний гепатит С залишається актуальною проблемою сьогодення і є основною причиною розвитку хронічного захворювання печінки в усьому світі. Завдяки впровадженню нових методів лікування ефективність противірусної терапії (ПВТ) значно зросла. Застосування препаратів з прямим механізмом дії дозволило розширити групи пацієнтів, які можуть отримувати необхідне лікування. Так, пацієнти як без супутньої патології нирок, так і з коморбідною нирковою недостатністю V стадії, які отримують гемодіаліз, можуть отримувати 3D-режим для лікування хронічного гепатиту С (ХГС).

Мета роботи. Проаналізувати ефективність противірусної терапії за схемою OBV/PTV/г + DSV ± RBV у хворих на хронічний гепатит С, інфікованих 1-м генотипом вірусу, залежно від наявності коморбідної ниркової недостатності.

Матеріали та методи. До дослідження увійшов 101 хворий на ХГС, інфікований 1bGT. Усі пацієнти були обстежені й отримували ПВТ за схемою OBV/PTV/г + DSV ± RBV у рамках Державної цільової програми на базі КНП «Обласна клінічна інфекційна лікарня» ЗОР згідно з Наказом МОЗ України № 729 від 18.07.2016. Спостереження за хворими було проведено до початку ПВТ, на момент завершення ПВТ і через 12 тижнів для оцінки стійкої вірусологічної відповіді (СВВ12).

Залежно від наявності коморбідної ниркової патології всі пацієнти були розподілені на дві групи. До I групи увійшли 92 пацієнти, які не мали супутньої ниркової недостатності, II групу становили 9 пацієнтів з коморбідною нирковою недостатністю V стадії, які отримували гемодіаліз.

Основні характеристики пацієнтів, включених до груп обстеження, були такими: у I групі було 40 чоловіків (43,5 %) і 52 жінки (56,5 %), віковий склад — від 27 до 72 років з медіаною 54,5 [44,5; 61,5] року. Високе вірусне навантаження підтверджено в 56 (60,9 %), низьке — у 36 (39,1 %) пацієнтів. Ступінь вираженості фіброзу печінки F0–2 виявлено в 48 (57,2 %), а F3–4 — у 44 (47,8 %) хворих. До II групи увійшли 5 (55,6 %) чоловіків і 4 (44,4 %) жінок, віковий склад — від 31 до 72 років з медіаною 47,0 [38,0; 58,0] року. Високе вірусне навантаження виявлене в 6 (66,7 %), низьке — у 3 (33,3 %) відповідно. У всіх хворих II групи встановлено фіброз печінки F0–2 ступеня за результатами еластометрії.

Статистичну обробку даних здійснювали у програмі Statistica for Windows 6.0 (StatSoft Inc., NoAXXR712D833214FAN5).

Результати та обговорення. При порівнянні отриманих даних виявлено, що статевий і віковий розподіл в обох групах не мав статистично значущої різниці ($p > 0,05$). За показниками частоти виявлення високого і низького навантаження групи хворих також були репрезентативними. При цьому якщо 47,8 % хворих I групи мали фіброз печінки F3–4 ступеня, то серед пацієнтів II групи тяжкий фіброз із трансформацією в цироз печінки не був зареєстрований.

Встановлено, що при використанні 3D-режиму для лікування хворих на ХГС через 4 тижні та на момент завершення терапії в I групі негатація HCV-RNA в крові відбулася в 94,6 %, у II групі — у всіх хворих (100 %). СВВ12 сформувалася в 94,6 % пацієнтів I групи і 88,9 % хворих II групи, при цьому різниця щодо досягнення СВВ12 не була статистично значущою ($p > 0,05$). Отримані під час нашого дослідження результати відповідають даним літератури. Yaraş Setal (2019), проаналізувавши ефективність 3D-режиму серед хворих на ХГС, які отримують гемодіаліз, установив навіть 100% досягнення СВВ12.

У подальшій частині нашої роботи було проаналізовано ефективність ПВТ у хворих обох груп залежно від ступеня вираженості фіброзу печінки. Отримані дані показали, що ступінь вираженості фіброзу печінки не впливає на частоту досягнення СВВ12 ($p > 0,05$) при лікуванні за схемою 3D-режиму.

У пацієнтів I групи противірусне лікування вже протягом перших 4 тижнів відзначалося збільшенням частки пацієнтів з нормальною активністю АлАТ у сироватці крові — з 33,7 до 76,1 % ($p < 0,05$), а на момент завершення терапії — до 85,9 %, що було більше порівняно з початком терапії ($p < 0,05$). На момент оцінки формування СВВ12 частка осіб з нормальним рівнем активності АлАТ становила 85,2 % (46 із 54) хворих, що у 2,5 раза більше, ніж на початок ПВТ ($p < 0,05$). У пацієнтів II групи також відзначено збільшення частки пацієнтів з нормальним показником активності АлАТ у сироватці крові — з 66,7 % до проведення терапії до 88,9 % на 4-му тижні ПВТ і на момент завершення терапії ($p > 0,05$). У пацієнтів на момент оцінки СВВ12 частка хворих з активністю АлАТ у межах норми становила 100 %. При порівнянні отриманих даних не було виявлено вірогідної різниці між досліджуваними групами щодо частоти нормалізації активності АлАТ у різні строки ПВТ ($p > 0,05$).

Висновки. Противірусне лікування хворих на ХГС, інфікованих 1-м генотипом вірусу, з коморбідною нирковою недостатністю V стадії (гемодіаліз) за схемою OBV/PTV/г + DSV ± RBV у клінічній практиці демонструє високу ефективність із частотою формування СВВ12 у 88,9 % пацієнтів, що статистично не відрізняється від частоти досягнення СВВ12 у 94,6 % хворих на ХГС без зазначеної вище коморбідної патології ($p > 0,05$). Фіброз печінки не має статистично значущого впливу на елімінацію вірусу при проведенні лікування в 3D-режимі хворим на ХГС, інфікованим 1-м генотипом вірусу ($p > 0,05$). ■