

10. Sommer R.J., Hijazi Z.M., Rhodes J.F. Pathophysiology of Congenital Heart Disease in the Adult. Part I: Shunt Lesions // Circulation. — 2008. — Vol. 117. — P. 1090-1099.

Сведения об авторах

Кужель Дмитрий Анатольевич — кандидат медицинских наук, доцент кафедры кардиологии и функциональной диагностики ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ, заведующий отделением функциональной диагностики КГБУЗ Красноярская краевая больница № 2.

Адрес: 660049, Красноярск, ул. К. Маркса, г. 43; тел. 8(391)2273950; e-mail: ofdkkb2@4mail.ru

Матюшин Геннадий Васильевич — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой кардиологии и функциональной диагностики ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, Красноярск, ул. П. Железняк, г. 1; тел. 8(391) 2442218; e-mail: fdiag@rambler.ru.

Савченко Елена Александровна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры кардиологии и функциональной диагностики ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, Красноярск, ул. П. Железняк, г. 1; тел. 8(391) 2442218; e-mail: lenasavchenko@rambler.ru.

© ПОМЕШКИНА С. А., БАРБАРАШ О. Л.

УДК: 616.12-005.4-089-085.22-036.8

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПОДВЕРГШИХСЯ КОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ

С. А. Помешкина, О. Л. Барбараш

ФГБУ Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, директор — д. м. н., проф. О. Л. Барбараш.

Цель исследования. Оценить динамику приверженности к выполнению рекомендаций по вторичной профилактики ишемической болезни сердца у пациентов, перенесших коронарное шунтирование.

Материалы и методы. Обследованы 329 пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца за 5-7 дней перед проведением коронарного шунтирования и через год после него. Оценивались клиническое состояние пациента, данные историй болезни и амбулаторных карт пациентов.

Результаты. В течение года после операции не изменилось количество курящих пациентов, пациентов с ожирением, а также достигших компенсации артериальной гипертензии. Через год после операции отмечается достоверное увеличение количества пациентов, принимающих рекомендуемую лекарственную терапию.

Заключение. Отмечается недостаточная приверженность больных к выполнению рекомендаций после коронарного шунтирования.

Ключевые слова: приверженность к лечению, коронарное шунтирование, кардиоваскулярные факторы риска, вторичная профилактика.

THERAPY ISCHEMIC HEART DISEASE COMPLINE OF PATIENTS WITH CORONARY ARTERY BYPASS GRAFTING

S. A. Pomeshkina, O. L. Barbarash

Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases

The aim of the study is to assess the dynamics of adherence to the recommendations for secondary prevention of coronary heart disease in patients undergoing coronary artery bypass grafting.

Materials and Methods. *The study included 329 patients with stable coronary heart disease for 5-7 days prior to coronary bypass surgery and one year after it. Evaluated the clinical condition of the patient data and medical records of outpatients patients.*

Results. *Within a year after the operation has not changed the number of smoking patients, obese patients, and also reached the compensation hypertension. The number of patients taking the recommended medicine were increased significantly after one year of the surgery.*

Conclusion. *We noted a lack of commitment to implement the recommendations of patients after coronary bypass surgery.*

Key words: *adherence to treatment, coronary bypass surgery, cardiovascular risk factors, secondary prevention.*

Введение

Приверженность пациентов к выполнению врачебных рекомендаций в последние годы приковывает к себе внимание врачей всех специальностей. Особенно остра эта проблема у пациентов с сердечно-сосудистой патологией,

так как эти заболевания являются причиной значительных потерь общества в связи с сокращением продолжительности жизни, утратой трудоспособности и низкими показателями качества жизни [6, 7]. Низкая приверженность к выполнению рекомендаций врача наиболее актуальна

для больных, имеющих заболевания с длительными сроками лечения, особенно при состояниях, не сопровождающихся существенной субъективной симптоматикой, в том числе при отсутствии болевого синдрома [1]. Примером тому могут быть пациенты после перенесенного инфаркта миокарда или реваскуляризации миокарда без проявлений стенокардии и сердечной недостаточности.

Для лечения больных ИБС с многососудистым поражением коронарного русла широко применяют хирургическую реваскуляризацию миокарда. Операция коронарного шунтирования устраняет симптомы стенокардии, улучшает переносимость физических нагрузок, повышает качество жизни, а для некоторых групп больных – снижает смертность [2]. Однако отдаленные результаты хирургической реваскуляризации миокарда варьируют в широких пределах. В одних случаях положительный клинический эффект сохраняется многие годы, в других – прогноз оказывается менее благоприятным [3]. Одной из причин данной ситуации является низкая приверженность пациентов к терапии и отказ от строгого выполнения врачебных рекомендаций, касающихся не только лекарственной терапии, но и коррекции традиционных для данной патологии поведенческих факторов риска. Вместе с тем, до сих пор отсутствуют данные о показателях приверженности российских пациентов к мерам вторичной профилактики после коронарного шунтирования.

Цель исследования – оценить периоперационную динамику приверженности к выполнению рекомендаций по вторичной профилактики ишемической болезни сердца у пациентов, перенесших коронарное шунтирование.

Материалы и методы

Методом сплошной выборки обследованы 329 пациентов в возрасте от 38 до 75 лет со стабильной ишемической болезнью сердца (ИБС), подвергшихся коронарному шунтированию в 2009 году и выписанных на амбулаторный этап наблюдения. На годовом этапе с 9 (3%) пациентами связаться не удалось. Из 320 пациентов, включенных в исследование, в послеоперационном периоде в течение года умерло 3 пациента (через 6,5, 7 месяцев и 11 месяцев). Таким образом, в анализ включены 317 пациентов, из них 264 мужчины и 53 женщины.

Критерии включения: планируемое коронарное шунтирование и добровольное информированное согласие пациента на участие в исследовании.

Критерием исключения явился отказ больного от участия в исследовании.

Все обследования с участием пациентов соответствовали этическим стандартам биоэтического комитета, разработанным в соответствии с Хельсинской декларацией Всемирной ассоциации «Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека». Исследование одобрено Локальным этическим комитетом НИИ КПССЗ СО РАМН (протокол от 25 января 2011 г.).

Клиническая характеристика пациентов включенных в исследование, представлена в табл. 1.

Большинство пациентов до проведения оперативного вмешательства имели стенокардию II и III функциональных классов [130 (41%) и 133 (43%), соответственно]. У 244 (77%) пациентов был зарегистрирован постинфарктный кардиосклероз. 32 (10%) пациентам в анамнезе проводилась чрескожная транслюминальная коронарная ангиопластика со стентированием. При оценке периферических сосудистых бассейнов выявлено сочетанное поражение коронарных и брахиоцефальных артерий у 76 (24%) пациентов, коронарных артерий и артерий нижних конечностей – у 32 (10%) пациентов, трех сосудистых бассейнов – у 38 (12%) пациентов.

Таблица 1

Клиническая характеристика обследованных больных перед коронарным шунтированием

Показатели	n=317
Средний возраст, годы	58,15±7,14
Наличие АГ	282 (89%)
Длительность АГ, годы	8 (4; 13)
Наличие СД	38 (12%)
Длительность ИБС, годы	2 (1; 7)
Средний ФК стенокардии	2,49±0,72
Средний ФК сердечной недостаточности (NYHA)	2,31±0,50

Примечание: АГ – артериальная гипертензия; СД – сахарный диабет; ИБС – ишемическая болезнь сердца; ФК – функциональный класс; NYHA – Нью-Йоркская кардиологическая ассоциация.

Пациентов, включенных в исследование, обследовали за 5-7 дней перед проведением коронарного шунтирования и через год после него. Оценивалось клиническое состояние пациента; для анализа результатов лабораторных и инструментальных обследований использовались данные историй болезни и амбулаторных карт пациентов. В исследовании использовался опросник, который заполнялся самими пациентами и отражал социальные данные, факторы риска развития ИБС, принимаемую терапию до коронарного шунтирования и в течение года после него. При поступлении в стационар в период подготовки к оперативному вмешательству всем пациентам консервативная терапия была назначена в соответствии с современными рекомендациями [4]. Перед выпиской из стационара пациентам даны рекомендации по коррекции образа жизни и необходимости долгосрочного приема соответствующей лекарственной терапии.

Для проведения статистического анализа использовано компьютерное программное обеспечение Statistica v. 6,0. Гипотеза о нормальном распределении проверялась с использованием критерия Шапиро-Уилка. Для каждой из непрерывных величин, имеющих нормальное распределение, приведены среднее значение (M) и стандартное отклонение (SD). Для величин с ненормальным

распределением результаты представлены в виде медианы (Me) и интерквартильного размаха Me (25%; 75%). Анализ таблиц сопряженности проводился с использованием критерия Пирсона (χ^2). Статистически значимыми признавались значения $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

При оценке модифицируемых кардио-васкулярных факторов риска установлено, что из 136 (43%) пациентов, куривших на момент госпитализации перед коронарным шунтированием, только 28 (9%) человек отказались от курения после операции. При этом длительность курения составила в среднем $31,75 \pm 11,66$ лет. У 111 (35%) пациентов перед коронарным шунтированием индекс массы тела (ИМТ) был ≥ 30 кг/м². Через год после операции число пациентов с ожирением даже увеличилось – на 9 человек (3%). Через год после коронарного шунтирования достоверно не изменилось количество пациентов, достигавших компенсации артериальной гипертензии (АГ) [до операции – 184 (58%); после – 193 (61%), $p = 0,665$], а также число пациентов, достигавших целевых уровней частоты сокращений сердца (ЧСС) [до операции – 174 (55%); после – 197 (62%), $p = 0,525$].

Перед коронарным шунтированием целевой уровень общего холестерина (ОХ), т.е. менее 4,5 ммоль/л [4], был достигнут только у 76 (24%) пациентов, липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) менее 2,5 ммоль/л – у 79 (25%). Через год количество пациентов, достигших целевого уровня ОХ, увеличилось до 171 (54%) человек ($p < 0,001$), а ЛПНП – до 126 (40%) пациентов ($p = 0,023$). При этом отмечено достоверное снижение уровня ОХ ($с 5,57 \pm 1,36$ до $4,67 \pm 1,12$ ммоль/л, $p < 0,001$) и ЛПНП [$с 3,31 \pm 1,23$ до $2,83 \pm 0,95$ ммоль/л, $p = 0,013$].

При оценке приверженности обследованных пациентов к медикаментозной терапии оказалось, что перед коронарным шунтированием принимали лекарственные препараты 218 (69%) человек и только половина 177 (56%) – регулярно. Через год количество пациентов, регулярно принимавших лекарственные препараты, достоверно увеличилось и достигло – 263 (83%) ($p = 0,001$). Среди пациентов, принимавших препараты, в течение года самостоятельно изменили схему приема или отказались от приема некоторых препаратов 79 (25%) человек.

До коронарного шунтирования только 127 (40%) пациентов принимали антиагреганты, β -адреноблокаторы (БАБ) – 117 (37%), ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ)/блокаторы рецепторов к ангиотензину II (АРА) – 92 (29%), статины – всего 79 (25%) человек; 13 (4%) пациентов из опрошенных затруднялись назвать принимаемые препараты. Через год после операции достоверно увеличилось количество пациентов, принимавших соответствующие группы препаратов: антиагреганты – до 257 (81%), БАБ – до 269 (85%), иАПФ/АРА – до 206 (65%), статины – до 247 (78%).

Только 60 пациентов (19%) до коронарного шунтирования принимали препараты всех четырех рекомендованных

групп; 13 (4%) пациентов не получали ни одного препарата, улучшавшего прогноз, при этом использовали нитраты, антагонисты кальция и препараты метаболического действия. Через год после коронарного шунтирования в 2,5 раза увеличилось количество пациентов, принимавших препараты всех четырех групп.

Длительное наблюдение за состоянием пациентов, подвергшихся коронарному шунтированию, показывает постепенное ухудшение функционирования шунтов по мере увеличения продолжительности послеоперационного периода, что является одной из главных причин возрастающей со временем частоты рецидивов ИБС [8]. Низкая приверженность к выполнению врачебных назначений и рекомендаций является основным барьером на пути успешного лечения [9]. В исследовании REACH показано, что несоблюдение пациентами после коронарного шунтирования рекомендаций врача ассоциировалось с более чем в 2 раза большим риском развития инфаркта миокарда и смертельного исхода в течение 1 года после проведения коронарного шунтирования [10].

Ряд исследований показал, что рекомендованная терапия после коронарного шунтирования не применяется в достаточной мере. А немедикаментозная коррекция факторов риска еще более отстает от других аспектов ведения пациентов [5]. Об этом свидетельствуют результаты крупного (13935 больных) международного исследования EUROASPIRE III, в котором в числе 22 европейских стран принимала участие Россия: даже у больных ИБС, перенесших инфаркт миокарда и вмешательства по реваскуляризации миокарда, не достигается надлежащего контроля уровня холестерина, глюкозы, физической активности, артериального давления [11].

По результатам нашего исследования оказалось, что пациенты, подвергшиеся коронарному шунтированию, не мотивированы на проведение немедикаментозной вторичной профилактики. Так, при оценке модифицируемых кардио-васкулярных факторов риска установлено, что около половины пациентов до коронарного шунтирования курили, и только единицы отказались от курения после операции. Вместе с тем, эффекты отказа от курения в отношении оптимизации прогноза после коронарного шунтирования продемонстрированы в ряде исследований. F.W. van den Berkmortel с соавт. [12] показали, что при отказе от курения после коронарного шунтирования снижается частота развития рецидивов стенокардии, уменьшается число последующих госпитализаций, увеличивается выживаемость больных. У курящих чаще развивается инфаркт миокарда и возникает потребность в повторных операциях.

АГ является одним из важных факторов, контроль которого также способен оптимизировать отдаленные результаты коронарного шунтирования. В исследовании J. Iwinski [13] показано, что у пациентов с АГ имеет место более выраженное утолщение стенок в венозных шунтах после коронарного шунтирования, по сравнению с пациентами без АГ. Вместе с тем в проведенном нами исследовании

число пациентов, достигавших компенсации артериальной гипертензии, через год после операции не повысилось.

Эффективность снижения уровня ОХ, особенно ЛПНП, проявляющаяся уменьшением риска неблагоприятных сердечно-сосудистых событий, является основой вторичной профилактики. В исследовании CLAS (Colesterol Lowering Atherosclerosis Study) впервые показано, что снижение уровня ОХ в течение 2-4 лет у больных после коронарного шунтирования приводит к уменьшению образования новых бляшек как в нативных сосудах, так и в шунтах [14]. Через год у обследованных нами пациентов отмечалось уменьшение количества пациентов с повышенным уровнем ОХ на 30%, а с повышенным уровнем ЛПНП – на 15%. Однако его целевых средних значений достигнуто не было.

До оперативного вмешательства выявлена крайне низкая приверженность к медикаментозной терапии. Менее половины пациентов принимали антиагреганты, БАБ, иАПФ/АРА, а статины – всего 25%. Данные показатели значительно уступают результатам исследования EUROASPIRE III [11]. Через год после коронарного шунтирования отмечено достоверное увеличение количества пациентов, принимавших соответствующие группы препаратов. Однако и эти показатели по-прежнему уступают результатам исследования EUROASPIRE III. Так, по данным этого европейского исследования антиагреганты принимали 93% пациентов с ИБС, иАПФ /АРА – 75% пациентов, гиполипидемические препараты – 87% пациентов.

Таким образом, пациенты после коронарного шунтирования не мотивированы к изменению образа жизни и контролю за наличием и выраженностью факторов сердечно-сосудистого риска. Данный факт диктует необходимость формирования индивидуально ориентированной программы, повышающей приверженность пациентов к выполнению рекомендаций по контролю за факторами сердечно-сосудистого риска.

Заключение

Несмотря на то, что польза от мероприятий вторичной профилактики и контроля факторов риска у пациентов с тяжелой ИБС доказана, отмечается недостаточная приверженность больных к выполнению рекомендаций после коронарного шунтирования, особенно это касается коррекции образа жизни. При этом даже больным, соблюдающим рекомендованное лечение, не всегда удается достичь основных целей вторичной профилактики.

Литературы

1. Морозов П.В. Приверженность терапии – мотивированность пациента // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2010. – № 4. – С. 53-54.
2. Карпов Ю.А. Выбор метода инвазивного лечения больных хронической ишемической болезнью сердца // Болезни сердца и сосудов. – 2010. – № 1. – С. 4-11.
3. Абышев Р.А. Факторы риска рецидива стенокардии в отдаленном периоде после коронарного шунтирования

// Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2009. – Vol. 2, № 26. – С. 224-230.

4. Национальные клинические рекомендации Всероссийского научного общества кардиологов / Под. ред. Р.Г. Оганова. – 2-е изд. – М.: изд-во «Силиция-Полиграф», 2009. – 528 с.

5. Оганов Р.Г., Выгодин В.А., Погосова Г.В., Соколова Я.В., Колтунов И.Е., Белова Ю.С. РЕЛИФ – Регулярное лечение и профилактика – ключ к улучшению ситуации с сердечно-сосудистыми заболеваниями в России: результаты российского многоцентрового исследования. Часть I // Кардиология. – 2007. – № 5. – С. 58-66.

6. Petrukhin IS, Lunina EY. Cardiovascular disease risk factors and mortality in Russia: challenges and barriers // Public Health Reviews. – 2012. – № 33. – P. 436-449.

7. Pajak A, Kozela M. Cardiovascular disease in central and east Europe // Public Health Reviews. – 2012. – № 33. – P. 416-435.

8. Franklin B.A. Coronary revascularization and medical management of coronary artery disease: changing paradigms and perceptions // Europ. J. Cardiovasc. Prev. Rehab. – 2006. – Vol. 13, № 5. – P. 669-673.

9. Scott L. Hall, Todd Lorenc. Secondary prevention of coronary artery disease // Am. Fam. Physician. – 2010. – Vol. 81, № 3. – P. 289-296.

10. Mehta R.H., Bhatt D.L., Steg P.G., Goto S., Hirsch A.T., Liao C.S., Röther J., Wilson P.W., Richard A.J., Eagle K.A., Ohman E.M. Modifiable risk factors control and its relationship with 1 year outcomes after coronary artery bypass surgery: insights from the REACH registry // Eur. Heart. J. – 2008. – № 29. – P. 3052-3060.

11. Kotseva K., Wood D., De Backer G., De Bacquer D., Pyorala K., Reiner Z., Keil U. EUROASPIRE Study Group. EUROASPIRE III. Management of cardiovascular risk factors in asymptomatic high-risk patients in general practice: cross-sectional survey in 12 European countries // Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehabil. – 2010. – Vol. 17, № 5. – P. 530-540.

12. Van den Bergmortal F.W., Wollersheim H., Van Langen H., Smilde T.J., den Arend J., Thien T. Two years of smoking cessation does not reduce arterial wall thickness and stiffness // Neth. J. Med. – 2004. – Vol. 62, № 7. – P. 235-241.

13. Iwinski J., Iwinska A., Ochala A. Hemodynamic properties of the internal mammary artery and saphenous vein in the young persons and patients with moderate hypertension // Eur. Heart. J. – 1996. – № 8. – P. 546.

14. Cashin-Hemphill L., Mack W.J., Pogoda J.M., Sanmarco M.E., Azen S.P., Blankenhorn D.H. Beneficial effects of colestipol-niacin on coronary atherosclerosis. A 4-year follow-up // JAMA. – 1990. – Vol. 264, № 23. – P. 3013-3017.

References

1. Morozov P.V. Commitment to therapy – motivation of the patient // Psychiatry and psychopharmacotherapy. – 2010. – №. 4 – P. 53-54.

2. Karpov Yu. A. The choice of invasive treatment method in patients with chronic ischemic heart disease // Heart and vascular disease. — 2010. — № 1 — P. 4-11.

3. Aбышев R.A. Risk factors of stenocardia recurrent in the remote period after coronary bypass surgery // Bulletin of the Russian Military Medical Academy. — 2009. — Vol. 2, № 26. — P. 224-230.

4. National clinical guidelines of the Russian Scientific Society of Cardiologists. Collection / Under Ed. R.G. Oganov. — 2nd ed. — M.: Publishing house «Silitseya-Polygraph», 2009. — P. 528.

5. Oganov R.G., Vygodin V.A., Pogosova G.V., Sokolova Ya. V., Koltunov I.E., Belova Yu.S. RELIF - Regular treatment and prevention - the key to improve the situation in cardiovascular disease in Russia: the results of Russian multicenter study. Part I // Cardiology. — 2007. — № 5. — P. 58-66.

6. Pajak A, Kozela M. Cardiovascular disease in central and east Europe // Public Health Reviews. — 2012. — № 33. — P. 416-435.

7. Petrukhin IS, Lunina EY. Cardiovascular disease risk factors and mortality in Russia: challenges and barriers // Public Health Reviews. — 2012. — № 33. — P. 436-449.

8. Franklin B.A. Coronary revascularization and medical management of coronary artery disease: changing paradigms and perceptions // Europ. J. Cardiovasc. Prev. Rehab. — 2006. — Vol. 13, № 5. — P. 669-673.

9. Scott L. Hall, Todd Lorenc. Secondary prevention of coronary artery disease // Am. Fam. Physician. — 2010. — Vol. 81, № 3. — P. 289-296.

10. Mehta R.H., Bhatt D.L., Steg P.G., Goto S., Hirsch A.T., Liao C.S., Röther J., Wilson P.W., Richard A.J.,

Eagle K.A., Ohman E.M. Modifiable risk factors control and its relationship with 1 year outcomes after coronary artery bypass surgery: insights from the REACH registry // Eur. Heart. J. — 2008. — № 29. — P. 3052-3060.

11. Kotseva K., Wood D., De Backer G., De Bacquer D., Pyorala K., Reiner Z., Keil U. EUROASPIRE Study Group. EUROASPIRE III. Management of cardiovascular risk factors in asymptomatic high-risk patients in general practice: cross-sectional survey in 12 European countries // Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehabil. — 2010. — Vol. 17, № 5. — P. 530-540.

12. Van den Bergmortel F.W., Wollersheim H., Van Langen H., Smilde T.J., den Arend J., Thien T. Two years of smoking cessation does not reduce arterial wall thickness and stiffness // Neth. J. Med. — 2004. — Vol. 62, № 7. — P. 235-241.

13. Iwinski J., Iwinska A., Ochala A. Hemodynamic properties of the internal mammary artery and saphenous vein in the young persons and patients with moderate hypertension // Eur. Heart. J. — 1996. — № 8. — P. 546.

14. Cashin-Hemphill L., Mack W.J., Pogoda J.M., Sanmarco M.E., Azen S.P., Blankenhorn D.H. Beneficial effects of colestipol-niacin on coronary atherosclerosis. A 4-year follow-up // JAMA. — 1990. — Vol. 264, № 23. — P. 3013-3017.

Сведения об авторах

Помешкина Светлана Александровна — кандидат медицинских наук, заведующая лабораторией реабилитации ФГБУ Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН.

Адрес: 650002, г. Кемерово, Сосновый бульвар, г. 6; тел. 8(3842)643153; e-mail: swetlana.sap2@mail.ru.

Барбараш Ольга Леонидовна — доктор медицинских наук, профессор, директор ФГБУ Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН.

Адрес: 650002, г. Кемерово, Сосновый бульвар, г. 6; тел. 8(3842)643279; e-mail: olb61@mail.ru.

© МАРТЫНОВА Г. П., СОЛОВЬЕВА И. А., ЖУКОВСКАЯ Т. А., БЕЛКИНА А. Б.

УДК 616.34 – 002.2 – 053.2 – 085

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОЙ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С У ДЕТЕЙ

Г. П. Мартынова¹, И. А. Соловьева¹, Т. А. Жуковская², А. Б. Белкина³

¹ ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения РФ, ректор — д. м. н., профессор И. П. Артюхов; кафедра детских инфекционных болезней с курсом ПО, зав. — д. м. н., проф. Г. П. Мартынова; ² МБУЗ Городская клиническая больница № 20 имени И. С. Берзона, г. Красноярск, гл. врач — к. м. н. В. А. Фокин; ³ МБУЗ Городская детская клиническая больница № 1, г. Красноярск, гл. врач — А. А. Колодина.

Цель исследования. Оценка эффективности противовирусной терапии (ПВТ) у детей с ХГС.

Материалы и методы. У 26 больных ХГС в возрасте 3-17 лет проведена ПВТ пегилированным интерфероном пролонгированного действия (Пегинтерферон-альфа2b из расчета 60 мкг/м² в нед.) и Ребетолом (рибавирином из расчета 15 мг/кг в день). Длительность терапии варьировала от 24 (при генотипе 2,3) до 48 (у больных с 1 генотипом) недель.

Результаты. При оценке эффективности комбинированной противовирусной терапии выявлено, что устойчивый вирусологический ответ имел место у 78,6 ± 11,0 % больных с 1 генотипом, и 83,3 ± 10,8 % с генотипом 2,3.

Заключение. Результаты проведенного исследования свидетельствуют, что комбинация пегинтерферона и рибавирина является эффективной при лечении детей с ХГС.

Ключевые слова: хронический гепатит, терапия.