

ления хотя бы одного фактора риска при отсутствии перенесенного острого гепатита С, составляла $3,6 \pm 3,5$ лет (от 1 до 10). У 8 (66,7%) из 12 больных активность аланиновой трансаминазы (АЛТ) в сыворотке крови не превышала 3 норм. Соответственно у 4 (33,3%) больных фиксировался постоянно нормальный уровень аминотрансфераз. По данным морфологического исследования биоптатов печени, хронический гепатит минимальной степени активности (ИГА = 1-3 балла) имелся у 3 (30%) больных, нозкой (ИГА = 4-8 баллов) — у 5 (50%), умеренной (ИГА = 9-12 баллов) — у 2 (20%). У 6 из 10 больных выявлен слабый фиброз (ГИС = 1 балл), у 3 — выраженный фиброз (ГИС = 3 балла) и у 1 — отсутствие признаков фиброза. Переносимость комбинированной терапии пегинтерфероном а-2b и рибавирином была удовлетворительной. У 1 больного с 3 генотипом HCV лечение было прекращено через 5 недель в связи с развитием тяжелой депрессии с суицидальными мыслями. Строгое выполнение врачебных рекомендаций увеличивает вероятность ответа на лечение. В нашем исследовании у большинства больных (67%) отмечалась высокая приверженность к лечению (80/80/80). Причинами низкой приверженности к терапии (двое больных с 1 генотипом HCV и двое со 2 и 3 генотипами HCV) были побочные эффекты, которые наблюдались в первые 2-3 месяца лечения. Нейтропения менее $0,75 \times 10^9/\text{л}$ отмечалась у 3 (25%) больных и послужила причиной временного уменьшения дозы пегинтерферона. Снижение уровня гемоглобина менее 100 г/л наблюдалось у 2 (17%) больных. Уменьшение дозы рибавирина на 2-4 недели позволило контролировать это нежелательное явление. Лабораторных признаков гипотериоза выявлено не было. У значительной части больных наблюдалось снижение массы тела (в

среднем на $10 \pm 3,5$ кг) и гриппоподобный синдром. У половины больных субфебрильная температура и у 4 (33%) умеренная лихорадка в день инъекции пегинтерферона сохранялись на протяжении всего курса противовирусной терапии. Среди психических нарушений чаще всего встречалась раздражительность — у 9 (75%) больных. Депрессия наблюдалась у 5 (42%) больных, однако медикаментозная терапия потребовалась лишь в 2 (17%) случаях. Отсутствие стойкого ответа наблюдалось у 2 больных с низкой приверженностью к лечению с 1 генотипом HCV. Малое число таких пациентов не позволило сделать однозначный вывод о зависимости частоты достижения стойкого ответа от приверженности к лечению у больных с различными генотипами HCV. У 1 больного с 1 генотипом отсутствовал ранний вирусологический ответ через 12 и 24 недели от начала терапии, что послужило к отмене терапии. При наличии стойкого ответа рецидив заболевания в течении 5-12 лет развивается у 5-10% больных. Длительность наблюдения больных, ответивших на лечение, составила 7 месяцев — 1 год у 5 пациентов, 1-2 года у 3, 2-3 года у 2 больных. В течение этих сроков признаков рецидива HCV-инфекции не наблюдалось.

Выводы: большинство обследованных нами больных были молодыми людьми с небольшой длительностью инфекции, низкой биохимической и гистологической активностью ХГС и мягким фиброзом печени. Частота стойкого ответа на комбинированную терапию пегинтерфероном а-2b и рибавирином в дозах, подобранных с учетом массы тела, составила в целом 80% и была различной у больных с генотипами 1 (40%) и 2/3 (86%). Следует отметить высокую частоту стойкого ответа (86%) у больных со 2 и 3 генотипами HCV, что согласуется с данными литературы.

Скляр Л.Ф., Маркелова Е.В., Клецова И.П., Мыльцина И.Н., Журавлева А.С., Калинин А.В.

ВОЗМОЖНОСТИ ИММУНОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С В СОЧЕТАНИИ С КОРБИКУЛИНОМ

Владивостокский государственный медицинский университет

Цель: оценка эффективности лечения хронического гепатита С (ХГС) с использованием ронколейкина в сочетании с препаратом антиоксидантной направленности корбикулином.

Методы: под наблюдением находилось 54 больных с диагнозом ХГС и в зависимости от вида терапии были разделены на 4 группы. Лечение больных в первой группе ($n=15$) проводилось ронколейкином по 500 тысяч ЕД парентерально два раза в неделю длительностью 3 месяца. Вторую группу больных ($n=12$) составили пациенты, в базис-терапию которых был включен корбикулин в дозе 6 г/сутки внутрь на протяжении от 4 до 8 недель. Пациенты третьей группы ($n=12$) получали сочетанную терапию ронколейкином и корбикулином в тех же дозировках и длительностью на фоне базисной терапии. И четвертую группу составил контроль из 15 больных, получавших только базисную терапию.

Результаты: достоверно зарегистрирован более быстрый регресс клинических проявлений заболевания у больных третьей группы. У всех больных нормализовались или значительно уменьшились показатели цитолиза гепатоцитов (ALT и AST) к окончанию терапии. Однако, достоверная нормализация, по сравнению с контрольной группой ($P<0,01$), зафиксирована только в

группе, где применяли сочетание ронколейкина и корбикулина (3-я группа). Сравнительный анализ процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) показал, что в сыворотке крови больных контрольной группы в конце курса лечения содержание как первичных, так и вторичных продуктов ПОЛ превышало таковые показатели у пациентов, получавших ронколейкин в сочетании с корбикулином: на 32% было выше количество диеновых конъюгатов, на 20% — основания Шифа, ускорено в 1,2 раза (на 19,5%) образование малонового диальдегида. Препараты активировали функцию естественной антиоксидантной системы организма: суммарный показатель антирадикальной активности плазмы крови в конце курса лечения оказался на 21% выше, чем в контроле. При монотерапии ронколейкином и отдельно корбикулином указанные показатели не отличались от контрольной группы ($P>0,05$).

Выводы: изучив динамику клинко-лабораторных параметров у больных ХГС с разными схемами лечения достоверно определяется регресс клинических проявлений и тенденции к нормальным величинам изучаемых показателей в группе больных, леченных ронколейкином в сочетании с корбикулином через 6-8 недель от начала терапии.

Смирнов Г.А., Ищенко В.Н., Лазанович В.А. ПОЛИОРГАННАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ — НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОФИЛАКТИКУ И ЛЕЧЕНИЕ

Владивостокский филиал НЦ реконструктивной и восстановительной хирургии ВСНЦ СО РАМН
Приморская краевая клиническая больница №1, Владивосток

Полиорганная недостаточность, как проявление некомпетентности адаптационного механизма защиты, возникает у пациентов с разрушенными в результате эндогенного и (или) экзогенного повреждения морфофункциональными связями взаимодействия регуляторной метасистемы. Центральная регуляция гормональных, нейроэндокринных метаболических изменений зависит от тяжести повреждения, времени воздействия, а также от биологического возраста, состояния среды проживания, питания, сопутствующих заболеваний и степени дезинтеграции гомеостаза.

Предлагаемая концепция лечения основана на следующих основополагающих принципах, где ведущими звеньями патофизиологических нарушений являются: нарушения центральной регуляции адаптационного ответа, иммунопатологические нарушения, нейроэндокринный дисбаланс, метаболические изменения и эндотелиальная дисфункция. Опираясь на знание временных факторов реагирования организма на повреждение, степени оценки тяжести на основе общеизвестных шкал исследо-

ваны исходы двух сопоставимых групп пациентов с хирургической патологией и имеющих полиорганную недостаточность. Первую группу составили пациенты, которым проводили классическую посиндромную терапию. Вторая группа представляла пациентов, которым проводили терапию, включающую в себя: искусственную вентиляцию легких, интубационную терапию, гемодиализ, ангиолизитику и нейровегетативную защиту, контроль воспаления и эндотелиальной дисфункции, а также иммунотропную терапию и использование системных энзимов с момента поступления в отделение интенсивной терапии. Проведенное сравнение выявило значительное уменьшение времени нахождения в отделении интенсивной терапии и стационаре. Несмотря на значительные финансовые потери в первые трое суток общая стоимость лечения первой группы больных была достоверно меньше чем во второй группе больных. Предлагаемая концепция лечения позволяет уменьшить количество осложнений, летальных исходов, снижает финансовые расходы, опосредованно сохраняет трудовые ресурсы.