

**МОНИТОРИНГ С ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ ОБСЛЕДОВАНИЕМ
ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ПРОТИВОВИРУСНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА
С**

Собиржонов И. Т

Солиев Д.К

Ахмадалиева У.К

Андижон давлат тиббиёт институти

Актуальность темы. Одной из наиболее актуальных и сложных проблем современной гастроэнтерологии и гепатологии является повреждение печени, которое вызвано в основном действием вирусов. Прогноз и ведение развития заболеваний печени после вирусного лечения после хронической ВГС-инфекции во многом зависит от стадии патологического процесса в печени и его развития. В связи с этим для оценки развития изменений в ткани печени все большее значение приобретают неинвазивные методы скрининга. Среди многих предложенных методов оценки степени изменения паренхимы печени большая роль отводится краткосрочной эластографии печени. Причиной этого является высокая диагностическая точность данного метода, его высокая чувствительность и специфичность, возможность управления в динамике.

Цирроз печени в исходе "Хронического гепатита С: трудности противовирусной терапии" Э.З. Бурневич, Е.Н. Никулкина. Лечение больных ЦП в исходе ХГС – трудная задача. Частота СВО прогрессивно снижается параллельно увеличению числа серьезных НЯ по мере нарастания степени тяжести ЦП по шкале СТР, и, таким образом, ПВТ больных ЦП в исходе ХГС следует признать малоэффективной и небезопасной. Стратегически важно всех больных с явлениями декомпенсации ЦП направлять в центры трансплантации печени для постановки в лист ожидания ОТП. Больным с 6–9 баллами по шкале СТР перед ОТП может быть предпринята попытка ПВТ (предпочтительнее в LADR-режиме) с целью достижения авиремии к моменту выполнения операции для предотвращения реинфицирования донорской печени. При больших степенях декомпенсации (10–11 баллов по шкале СТР) вопрос о назначении противовирусных препаратов решается в индивидуальном порядке, а для больных с терминальным ЦП в исходе ХГС (12–15 баллов по шкале СТР) жизне-спасающим методом лечения является ОТП. Единственная категория пациентов, подлежащая ПВТ согласно всем современным правилам ее проведения, – больные компенсированным ЦП (5 баллов по шкале СТР), в т. ч. с начальными признаками портальной гипертензии, когда в качестве цели ПВТ преследуется достижение СВО. Длительная низкодозовая поддерживающая терапия в лечении больных ЦП в исходе ХГС, не отвечающих на ПВТ (отсутствие полного РВО), на сегодняшний день не обоснована. Перспективы изменения лечебной тактики в отношении больных

декомпенсированным ЦП связывают с разработкой нейтрализующих антител к HCV, назначаемых в беспеченочную фазу ОТП, однако результаты клинических исследований во многом противоречивы и пока далеки от реальной клинической практики. Реальной альтернативой, вероятно, является специфическая целевая ПВТ (STAT-C) с применением ингибиторов вирусной протеазы и/или полимеразы.

"Современные принципы противовирусной терапии гепатита С". Н.И.Кузнецов, Е.С.Романова, Г.Ю.Старцева. Противовирусные препараты прямого действия, разрешенные в РФ: Препараты Генотип 1ВГС: Ингибиторы протеазы NS3/4А: Симепревир, Нарлапревир, Асунапревир, Дасабувир и Омбитасвир + Паритапревир + Ритонавир. Эффективны в отношении 1-го и 4-го генотипов 1ВГС: Ингибитор NS5А-комплекса: Даклатасвир Пангенотипный препарат; Ингибитор полимеразы: Софосбувир Пангенотипный препарат; Комбинированный препарат: Глекапревир (ингибитор протеазы NS3/4А) + Пибрентасвир (ингибитор NS5А) Пангенотипный препарат. Таблица 2. Безынтефероновые схемы противовирусной терапии, используемые в РФ: Паритапревир/ритонавир + омбитасвир + дасабувир. Генотип 1ВГС: Софосбувир + симепревир +/- рибавирин; Генотип 1ВГС: Даклатасвир + асунапревир; Генотип 1ВГС: Даклатасвир + софосбувир +/- рибавирин. Все генотипы: Глекапревир + пибрентасвир. Все генотипы. Во время лечения или после его окончания может наблюдаться активация гепатита В. Если она наступает, пациентам назначают терапию аналогами нуклеозидов. При лечении препаратами прямого действия ХГС с внепеченочными проявлениями курс терапии должен быть не менее 12–24 недель. Пациенты обычно хорошо переносят лечение противовирусными препаратами прямого действия. Выраженных побочных эффектов, требующих прекращения лечения, практически не наблюдается. Наиболее часто пациенты жалуются на тошноту, слабость, головную боль, усталость. Мониторинг эффективности противовирусной терапии препаратами прямого действия в процессе лечения не проводят. Однако в Российских рекомендациях по диагностике и лечению взрослых больных гепатитом С от 2017 г. оценку РНК ВГС в сыворотке крови рекомендуют выполнять до начала лечения, на 2-й неделе (оценка приверженности лечению), 4-й, 12-й или 24-й неделе (в конце лечения для пациентов, получавших лечение на 12 или 24 недели соответственно) и на 12-й или 24-й неделе после завершения лечения. Окончательную оценку осуществляют на 48-й неделе. По результатам оценки устойчивого вирусологического ответа (УВО) на 48-й неделе после окончания лечения пациенты без цирроза печени могут быть сняты с диспансерного наблюдения, если у них нормальный уровень АЛТ и неопределяемый уровень РНК в сыворотке крови, оцененные методом ПЦР на высокочувствительных тест-системах (< 15 МЕ/мл). Пациенты с циррозом печени остаются под наблюдением из-за риска возможного развития первичного рака печени. В процессе динамического наблюдения им 1 раз в

год проводят УЗИ брюшной полости и исследуют уровень а-фетопротеина. Уровень а-фетопротеина кратен его повышению от исходного. Если при проведении контрольного УЗИ брюшной полости определяется гомогенное образование в печени или кратность повышения а-фетопротеина превышает 1–1,5 раза от исходного, рекомендуется консультация гепатохирурга по поводу дополнительного обследования для исключения первичного рака печени. Современные безинтерфероновые схемы противовирусной терапии гепатита С препаратами прямого действия позволяют достигнуть эффективности лечения в 95–98 % случаев. Если эффект терапии сохраняется более 48 недель после окончания лечения, пациент считается излеченным от гепатита С, но, к сожалению, успешная противовирусная терапия не является гарантией от повторного инфицирования. В странах с ограниченными экономическими ресурсами актуальным остается применение схем противовирусной терапии, включающих препараты ИНФ. Противовирусная терапия гепатита С должна проводиться под контролем специалистов, имеющих опыт в данной области.