

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АЛЬТЕРНАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С (клинический случай)

В.А. Шупер, С.В. Шупер, Ю.И. Вагина,
А.Н. Шевцова, Е.С. Штыка

*ГУ «Луганский государственный медицинский университет»
Луганская городская многопрофильная больница № 1*

На сегодняшний день по оценкам общественных организаций, около 3,5 млн. украинцев инфицированы гепатитами в Украине. Исследования экспертов ВОЗ (2009-2010 гг.) демонстрируют, что в мире около 180 млн. человек имеют хроническую HС-вирусную инфекцию, а 350 тыс. ежегодно умирают вследствие поражения печени вирусом гепатита С (ГС). Хроническим гепатитом В (ГВ) страдает около 400 млн. граждан планеты и ежегодно 500-700 тыс. человек умирают в результате этой инфекции. Заболеваемость и летальность в результате ГС прогрессивно увеличивается и, по данным экспертов, удвоится к 2015-2020 гг. Общее количество больных гепатитами В и С в мире в 14-15 раз превышает количество ВИЧ-инфицированных, которое составляет около 40 млн. [1, 2, 5, 6].

По оценочным данным ВОЗ, 57% случаев цирроза печени и 78% случаев первичного рака печени вызвано вирусами гепатита В или С [1, 5].

Лечение хронических вирусных гепатитов С является чрезвычайно трудной задачей. В качестве основной терапии в настоящее время используется рекомбинантный α -интерферон в комбинации с противовирусным препаратом рибавирином. Однако далеко не все пациенты могут получать подобную терапию в связи с наличием противопоказаний, непереносимости препаратов, их высокой стоимостью, необходимостью длительной терапии. Для таких больных был предложен альтернативный вариант лечения - оригинальный препарат "Бициклол" (Beijing Union Pharmaceutical Factory, Китай) [2, 3, 4, 9, 10].

Одним из основных свойств препарата, наряду с гепатопротекторным и противовирусным, является подавление продукции фактора некроза опухоли (TNF α) - мощного провоспалительного цитокина - одного из инициаторов фиброза печени. Бициклол ингибирует апоптоз гепатоцитов, стимулированный TNF α и

цитотоксическими клетками, что в свою очередь приводит к восстановлению поврежденных ядра и ДНК гепатоцитов [8, 9].

Одним из наиболее ранних и показательных критериев эффективности Бициклола является нормализация активности трансаминаз (АЛТ, АСТ) с подтвержденным периодом «последствия», т.е. сохранением нормальных показателей АЛТ/АСТ и после отмены препарата. Кроме того, благодаря наличию у Бициклола определенного противовирусного эффекта, у некоторой части пациентов уменьшается вирусная нагрузка или исчезают маркеры репликации вируса (сероконверсия HBeAg, отрицательная DNA HBV при ХВГВ, отрицательная RNA HCV при ХГВС) [1, 7]. Препарат Бициклол разработан и разрешен к применению относительно недавно, но уже получил положительную оценку эффективности в качестве альтернативного варианта лечения вирусных гепатитов и в терапии хронических гепатитов другой этиологии [2, 10].

В терапевтическом отделении находился на лечении пациент О., 64 лет, поступивший с предварительным диагнозом ИБС. Диффузный кардиосклероз. Фибрилляция предсердий, постоянная, тахисистолическая форма, ИВР в 2008г. Гипертоническая болезнь II ст. (ГЛЖ), степень 2, риск IV. СН, ФК III. Кадильный цирроз печени, активная фаза, степень активности III, асцит.

Больной поступил в отделение с жалобами на выраженную общую слабость, увеличение живота, отеки нижних конечностей, желтушность кожных покровов и видимых слизистых, одышку при незначительной физической нагрузке, обесцвечивание кала и потемнение мочи. К моменту поступления в стационар указанные симптомы отмечались на протяжении недели, самостоятельно принимал препараты, рекомендованные кардиологом по поводу ИБС и фибрилляции предсердий.

Из анамнеза жизни выяснено, что больной в течение 15 лет находится на диспансерном учете в кардиодиспансере по поводу фибрилляции предсердий, в 2008 г. оперирован - имплантирован искусственный водитель ритма.

При объективном обследовании обращала на себя внимание выраженная иктеричность кожи, склер, увеличение объема живота. В легких выслушивалось жесткое дыхание, влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах, ЧДД 24 в мин., тоны сердца приглушены, деятельность аритмичная, ЧСС=PS=98 в мин., АД 160\90 мм рт. ст. Живот при пальпации напряжен, болезненный

в эпигастрии и правом подреберье, печень выступает из-под реберной дуги на 5 см, отмечается симптом притупления при перкуссии в нижнебоковых отделах живота. Нижние конечности отечны до уровня колен, кожа пигментирована.

Обследован в стационаре: Клинический анализ крови: Hb – 192 г\л, эр. – $4,97 \cdot 10^{12}$ /л, ц.п. – 0,9, лейкоц. – $11,7 \cdot 10^9$ /л, п – 4%, с – 56%, л – 28%, м – 10%, СОЭ – 7 мм\ч. Сахар крови – 4,0 ммоль\л.

Клинический анализ мочи: относительная плотность – 1012, реакция – слабо щелочная, белок, сахар – отр., лейкоциты – 4-7 в п./з., эпителий – 4-5 в п./з., эритроциты свежие – единичные.

Биохимический анализ крови: билирубин – 320 мкмоль\л, прямой – 220,5 мкмоль\л, АЛТ – 5,64 мкмоль\л, АСТ – 1,88 мкмоль\л, мочевины – 5,8 ммоль\л, креатинин – 80 мкмл\л, об. белок – 58 г\л, альбумины – 26 г\л, ПТВ – 43", ПТИ – 49%, фибриноген – 7,19 г/л. Маркеры гепатитов – HbsAg – отр., анти-HCV – 102,9, ПЦР вирус гепатита С – положительная.

ЭКГ: ЧСС – 92 в мин., фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма, выраженные диффузные изменения миокарда, нарушения процессов поздней реполяризации в области передне-боковой стенки левого желудочка.

УЗИ ОБП, почек: гепатомегалия, диффузные изменения печени, хр. бескаменный холецистит, хронический панкреатит, жидкость в брюшной полости – небольшое количество, воротная вена не расширена.

Ро-графия ОГК – левосторонний экссудативный плеврит, пневмофиброз, застойные явления в малом кругу кровообращения, гипертрофия левого желудочка.

В результате проведенного обследования был выставлен клинический диагноз: Хронический гепатит, ассоциированный с вирусом гепатита С, активная фаза, высокая степень активности, асцит. ИБС. Диффузный кардиосклероз. Фибрилляция предсердий, постоянная, тахисистолическая форма, ИВР в 2008г. Гипертоническая болезнь II ст. (ГЛЖ), степень 2, риск IV. СН, ФК III.

Больной получал лечение в стационаре (реосорбилакт, атоксил, фуросемид, верошпирон, конкор, нолипрел, варфарин, дуфалак, гепа-мерц). Для лечения хронического гепатита С применялся препарат бициклол 50 мг 3 р/д, глутаргин, циклоферон. Через 3 недели после госпитализации клинически состояние улучшилось, исчезла иктеричность кожных покровов и слизистых, уменьшилась одышка и отечность, повысилась толерантность к физической нагрузке.

В динамике биохимических показателей крови отмечено значительное снижение АЛТ и АСТ в 3 раза от исходных показателей при госпитализации, общего билирубина в 5 раз (63,8 мкмоль/л). Ультразвуковое исследование показало отсутствие жидкости в брюшной полости.

Больной был выписан с улучшением и рекомендациями продолжить прием бициклола в дозе 25 мг 3 р/д под динамическим контролем функции печени и вирусной нагрузки.

Через 3 недели после выписки из стационара состояние больного удовлетворительное, показатели АЛТ и АСТ, щелочная фосфатаза, ГГТ в пределах нормы, билирубин общий – 30,7 мкмоль\л, ПЦР вирус гепатита С – отрицательная.

Терапия бициклолом не оказывала побочных эффектов, переносимость была удовлетворительной. Это подтверждалось нормальными показателями общего исследования крови, уровня креатинина, которые были в пределах физиологической нормы после лечения.

Таким образом, терапия бициклолом может быть рекомендована больным с хроническим вирусным гепатитом С. Следует обратить внимание на то, что в литературе имеются сведения и рекомендации более длительного применения препарата в лечении хронических гепатитов – до 9 месяцев.

Необходимы дальнейшие исследования с учетом позиций доказательной медицины для разработки перспективных схем лечения больных ХВГС Бициклолом с уточнением возможной длительности и дозы препарата при поддерживающей терапии.

Литература

1. Боброва І.А. Біциклол – нестандартна терапія хронічних вірусних гепатитів / І.А. Боброва, В.І. Матяш, В.Б. Шевчук // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю "Хвороби печінки в практиці клініциста". – Харків, 2007. – С. 58.
2. Денисова М.Ф. Опыт применения бициклола в лечении хронических вирусных гепатитов у детей / М.Ф. Денисова, Н.Н. Музыка // Сучасні інфекції. – 2010. – № 1. – С. 118-122.
3. Зайцев И.А. Эффективность Бициклола у пациента с рецидивом хронического вирусного гепатита С после 48 недельной терапии интерфероном альфа 2а и рибавирином. Клиническое наблюдение / И.А. Зайцева // Сучасні інфекції. – 2006. – № 3-4 – С.89.
4. Печенка А.М. Бициклол – альтернативная терапия хронического вирусного гепатита С / А.М. Печенка, Ю.А. Сухов, Л.М. // Consilium medicum. – 2009. – № 7. – С. 38-44.

5. Рекомендации по лечению гепатита С (Согласительная конференция по лечению гепатита С. Париж, Франция, 23-27 февраля 2002) // Рос. журнал гастроэнтерол., гепатолог., колопроктол. – 2003. – Т.13, № 2. – С. 4-13.

6. Скрыпник И.Н. Современные аспекты диагностики, лечения и профилактики вирусных гепатитов / И.Н. Скрыпник // Здоровье Украины. – 2008. – № 3 (11). – С. 2-3.

7. Lui G.T. The anti-virus and hepatoprotective effect of Bicyclol and the mechanism of action / G.T. Lui // Chin. J. New Drugs. – 2001. – Vol. 10. – P. 325 – 327.

8. Min Li. Inhibition of Fas/FasL mRNA expression and TNF- α release in concanavalin A-induced liver in mice by bicyclol / Li Min, Liu Gerg // World J. Gastroenterol. – 2004. – Vol. 10. – P.1775-1779.

9. Yao G.B. A randomized double-blind controlled trial of bicyclol treatment of hepatitis B / G.B. Yao, Y.Y. Ji, Q.H. Wang // Chin. J. New Drug Clin. Rem. – 2002. – Vol. 21. – P.457-462.

10. Yao Y.B. Efficacy and safety of Bicyclol in treatment of 2200 chronic viral hepatitis / Y.B. Yao, D.Z. Xu, P. Yan // Chin. J. New Drug Clin. Rem. – 2005. – Vol. 24. – P.421-425.

Резюме

Шупер В. А., Шупер С. В., Вагина Ю. И., Шевцова А.Н., Штыка Е.С. Клиническая эффективность альтернативной терапии хронического вирусного гепатита С (клинический случай).

В работе представлен краткий обзор современной литературы по диагностике и лечению хронического вирусного гепатита С. Описан клинический случай диагностики и альтернативной терапии с помощью препарата бидциклол хронического вирусного гепатита С в терапевтическом отделении.

Ключевые слова: хронический вирусный гепатит С, диагностика, лечение, бидциклол.

Резюме

Шупер В. О., Шупер С. В., Вагина Ю. И., Шевцова А.М., Штыка Е.С. Клиническая эффективность альтернативной терапии хронического вирусного гепатита С (клинический случай).

У роботі представлений короткий огляд сучасної літератури по діагностиці і лікуванню хронічного вірусного гепатиту С. Описаний клінічний випадок діагностики та альтернативної терапії за допомогою препарату бідциклол хронічного вірусного гепатиту С у терапевтичному відділенні.

Ключові слова: хронічний вірусний гепатит С, діагностика, лікування, бідциклол.

Summary

Shuper V. A., Shuper S. V., Vagina Yu. I., Shevtsova A.N., Shtika E.S. Clinical effectiveness of the alternative treatment of the chronic viral hepatitis C (the clinical case).

The brief review of modern literature on diagnostics and treatment of the chronic viral hepatitis C is presented in the work. The clinical case of diagnostics and alternative treatment with bicyclol of the chronic viral hepatitis C in a therapeutic department is described.

Key words: the chronic viral hepatitis C, diagnosis, treatment, bicyclol.

Рецензент: д.мед.н., проф. В.О. Теръошин

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕННЯ РУКОПИСІВ ДЛЯ ПУБЛІКАЦІЇ

«Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології»: збірник наукових праць.

1. Збірник включений до переліку наукових фахових видань України, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата наук в галузях медицини, біології та фармації, затвердженого постановою президії ВАК України від 14.10.2009 р. № 1-05/4 (Бюлетень ВАК України 2009. - № 11. - С. 9.).

2. До публікації у збірнику приймаються рукописи, що містять результати оригінальних біологічних, медичних, фармацевтичних досліджень, лекції, огляди літератури, клінічні спостереження, наукову інформацію, рецензії та інші матеріали, що раніше не були опубліковані.

3. Мова публікації – українська, російська. Обов'язково надається англomовний варіант статті.

4. Стаття друкується у форматі А4 (береги: лівий – 3 см, правий – 1,5 см, верхній та нижній – по 2 см) через 1,5 інтервали у текстовому редакторі Word for Windows без ручних перенесень шрифтом Times New Roman Size 14. Обов'язково слід вказувати поштову адресу, телефон, бажано адресу електронної пошти того, з яким буде вестися листування.

5. Кожна стаття на початку повинна нести таку інформацію: індекс УДК, назва без використання абревіатур, ініціали та прізвища авторів, установа, де виконувалася робота.

6. Текст оригінальних досліджень має такі розділи: вступ, мета, матеріали та методи дослідження, отримані результати та їх обговорення, висновки.

7. Обов'язково вказується зв'язок роботи з науковими планами, програмами, темами (з зазначенням державного реєстраційного номеру).

8. Наприкінці публікуються резюме та ключові слова (3-5 слів або словосполучень) трьома мовами (українською, російською та англійською). Кожне резюме повинно мати обсяг до 200 слів і містити прізвища авторів, назву роботи, висвітлювати мету дослідження, методи, результати та висновки.

9. Матеріал може ілюструватися таблицями, рисунками, діаграмами, мікрофото та ін. Ілюстрації наводяться після їх першого згадування.

10. Висновки мають перспективи подальших досліджень.

11. Список літератури оригінальних робіт повинен бути обсягом 10-20 джерел (не менше 2-х латиницею), оглядів, лекцій – 40 джерел. Розташування джерел – за алфавітом. Посилання на бібліографічні джерела в тексті даються в квадратних дужках. Спочатку приводяться роботи українською та російською мовами, потім – іноземними в оригінальній транскрипції. Оформлення переліку літератури проводиться відповідно до вимог Державного стандарту 2006 року (бюл.ВАК 2008, № 3).