

*Якубова Р.М., ассистент  
кафедры инфекционных болезней*

*Валиева Н.М., ассистент  
кафедры инфекционных болезней*

*Андижанский государственный медицинский институт*

## **ХРОНИЧЕСКИЙ ВИРУС ГЕПАТИТА ПРОТИВ ВИРУСА V + D КОМБИНИРОВАННЫЙ ЛЕЧЕНИЕ ЭТИОТРОПОМ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОБУЧЕНИЯ**

**Резюме.** В течение многих лет лечение вирусного гепатита V + D проводилось в сочетании с ПЭГ-интерфероном А и рибовирином, гепатопротектором. Однако большое количество показаний к применению этих препаратов приводит к указанным выше осложнениям в связи с необходимостью длительного приема, а также недостаточной сферой действия. В связи с этим сочетание аналогов нуклеозидов и терапии ПЭГ-интерфероном при лечении хронического вирусного гепатита V + D на сегодняшний день остается наиболее эффективным методом лечения.

Однако в настоящее время вирусный гепатит В + D является одной из основных проблем гепатологии. Основная причина этого - тяжелое осложнение хронического вирусного гепатита V + D, стремительный цирроз печени, гепатокорценома и повышение летальности. Это связано с неэффективностью противовирусных препаратов и отсутствием своевременного тестирования на хронический вирусный гепатит В на вирус Дельта, а также с отсутствием своевременных профилактических мер.

**Ключевые слова:** Антигенсвязывающие лимфоциты, аланинаминотрансфераза, аспарагинаминотрансфераза, вирусный гепатит, индекс гистологической активности, дельта, полость Диссе.

*Yakubova R.M., assistant  
Department of Infectious Diseases  
Valieva N.M., assistant  
Department of Infectious Diseases  
Andijan State Medical Institute*

**Summary.** For many years viral hepatitis B+D has been treated with Interferon  $\alpha$  and ribovirin, hepatoprotector. However, the fact that these drugs are to be consumed for a long time, as well as because of the inadequacies of the effect, cause the above-mentioned complications. In this regard, joint nukleoside analogues and interferon therapy are the most effective treatment for chronic viral hepatitis B+D.

However, chickenpox viral hepatitis B+D is currently one of the major problems in hepatology. The main reason for this is the complicated complications of acute viral hepatitis B+D, the rate of liver cirrhosis, hepatocorthenoma and mortality. This is due to the low efficiency of antiviral drugs, and the fact that chronic viral hepatitis B cannot be checked at the time of Delta Virus, as a result of timely preventive measures.

**Key words:** Antigen-binding lymphocytes, alanine aminotransferase, asparagine aminotransferase, viral hepatitis, histological activity index, delta, Disse cavity.

**Актуальность.** В последние годы проблема вирусных гепатитов, в том числе хронических вирусных гепатитов, остается одной из самых актуальных проблем во всем мире. Развитие вирусологии и открытие гепатотропных вирусов (A, V, C, D, E, G) позволило изучить тип каждого вирусного гепатита как с этиологической, так и с эпидемиологической точки зрения, изучить особенности инфекционных процессов в этих вирусах. болезни. Вирусные гепатиты и их хронические формы привлекли внимание многих специалистов в связи с их распространенностью, осложнениями и

последствиями, а также определенными трудностями в их лечении. На самом деле, если острые формы вирусного гепатита в основном лечат врачи-инфекционисты, то когда болезнь переходит в хроническую, ее лечат не только инфекционисты, но и терапевты, гастроэнтерологи. Даже хирурги участвуют в процессе заживления, когда хронический гепатит переходит в период цирроза печени.

Диагностика хронического вирусного гепатита на основании этиологии заболевания, уровня активности и периода заболевания стала проводиться только в 1994 году, когда новая классификация хронических гепатитов была одобрена Всемирным конгрессом гастроэнтерологов. Старая классификация хронического гепатита, которая использовалась с 1968 по 1994 год и основывалась исключительно на морфологии печени, не давала полного ответа на главный вопрос практики - лечить ли этот хронический гепатит противовирусными препаратами.

Кроме того, старые диагнозы, в том числе хронический персистирующий гепатит, Диагностика хронического активного гепатита оказались разными стадиями инфекционного процесса, а не отдельной нозологической формой.

**Цель исследования.** Изучить эффективность нового поколения аналогов нуклеозидов при хроническом вирусном гепатите V + D у пациентов (биохимическая, гистологическая и вирусная нагрузка) в сочетании с энтекавиром, тенофовиром и ПЭГ-интерфероном.

**Материалы и методы исследования.** Пациенты нашего наблюдения - это пациенты с хроническим вирусным гепатитом V + D, пролеченные в Андижанской областной инфекционной больнице, клинике Андижанского государственного медицинского института и частично амбулаторное лечение в 2016-2019 годах. Пациентам были выполнены аналоги нуклеозидов нового поколения, энтекавир, тенафовир и ПЭГ-интерферон, а через 6 месяцев проведено повторное фибросканирование. В нашем наблюдении было всего 60 пациентов в возрасте от 18 до 60 лет, из которых 28 были женщинами и 32

мужчинами. Пациенты были разделены на 2 группы: 32 пациента в первой контрольной группе (в том числе 15 пациентов с циррозом печени и 17 пациентов с хроническим вирусным гепатитом В + D) с нуклеозидным аналогом-тенофовиром (монотерапия) и 28 пациентов во второй основной группе. 18 пациентов (8 пациентов с циррозом печени, 10 пациентов с хроническим вирусным гепатитом В + D) с аналогами нуклеозидов - Тенофовир + Энтекавир и 10 пациентов с хроническим вирусным гепатитом В + D нуклеозидными аналогами Тенофовир + Энтекавир и ПЭГ-интерферон были лечится.

Большинство наших пациентов из Андижанского района Андижанской области и города Андижана.

**Результаты исследования.** Пациентами нашего наблюдения были пациенты с хроническим вирусным гепатитом V + D, проходящие лечение в Андижанской областной инфекционной больнице, клинике Андижанского государственного медицинского института и частично амбулаторно. Аналоги нуклеозидов включают новое поколение энтекавира, тенафовира и ПЭГ-

Через 6 месяцев было проведено совместное введение интерферона и повторного фиброскана.

В нашем наблюдении было всего 60 пациентов в возрасте от 18 до 60 лет, из которых 28 были женщинами и 32 мужчинами.

Пациенты были разделены на 2 группы:

В контрольной группе 1 32 пациента (15 пациентов с циррозом печени и 17 пациентов с хроническим вирусным гепатитом В + D) получали аналог нуклеозидов - тенофовир (монотерапия).

Во 2-й основной группе было 28 пациентов, 18 пациентов (8 пациентов с циррозом печени, 10 пациентов с хроническим вирусным гепатитом В + D) с аналогами нуклеозидов - тенофовир + энтекавир и 10 пациентов с хроническим вирусным гепатитом В + D получали нуклеозиды. аналоги - Тенофовир + Энтекавир и ПЭГ-интерферон.

Больные обращались в больницу в основном с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, снижение аппетита, тошноту, горечь во рту, пожелтение белков глаз, желтуху, боли в эпигастральной области, изменение цвета мочи. Первичные документы составлены с учетом жалоб, данных анамнеза, клинико-биохимического обследования всех обследованных пациентов. Было обнаружено, что пациенты получали различные парентеральные методы лечения или хирургические процедуры, если обращать внимание на их анамнестические данные.

После всех клинических и лабораторных обследований пациентов, лечившихся хроническим вирусным гепатитом «В» + «D» под нашим наблюдением, было рекомендовано следующее: режим проводился по принципу самообслуживания, в дополнение к диете, рекомендованной полужареные продукты на чистом растительном масле.

Пациенты 1 группы (монотерапия) Энтекавир 0,5 мг 1 таблетка 1 таблетка 1 раз в сутки и 400 мл 5% раствора глюкозы 1 раз в сутки, 4-6 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты 1 раз в сутки 1 раз в 3 дня 400 мл реосорбилакта раствор был закапан.

Помимо Энтекавира + Тенофовира 18 пациентов 2-й группы (комбинация) получали 400 мл 5% раствора глюкозы 1 раз в сутки, 4-6 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты 1 раз в сутки и 400 мл раствора реосорбилакта 1 раз в 3 раза. дней. По 10 (комбинированных) Энтекавир + Тенофовир + ПЭГ-интерферон дополнительно к 400 мл 5% раствора глюкозы 1 раз в сутки, 4-6 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты 1 раз в сутки, 400 мл раствора реосорбилакта 1 раз в 3 дня.

На момент госпитализации общий билирубин у пациентов в нашем наблюдении составлял  $80,5 \pm 1,5$  мкг / л у пациентов 1-й группы, из которых количество связанного билирубина составляло  $55,4 \pm 1,3$  мкВ / л, количество свободного билирубина составляло  $25,2 \pm 0,8$  мэкв / л, у пациентов 2 группы  $79,6 \pm 1,6$  мэкв / л, из них связанный билирубин  $54,7 \pm 1,3$  мэкв / л, свободный билирубин  $24,9 \pm 0,9$  Уровень аминотрансфераз у пациентов 1

группы составил  $2,27 \pm 0,22$  ммоль / л. , АлАТ  $3,93 \pm 0,29$  ммоль / л, у пациентов 2 группы АсАТ 2 -  $21 \pm 0,22$  ммоль / л, АлАТ  $3,65 \pm 0,28$  ммоль / л.

**Вывод.** Применение новой классификации хронического гепатита очень помогает не только в определении типа хронического гепатита, но и в репликативной активности гепатотропного вируса, особенно при смешанном гепатите. Это, в свою очередь, позволяет изучить механизм гибели гепатоцитов и пролить свет на патогенетические механизмы инфекционного процесса, а также правильно назначить противовирусное лечение и определить его эффективность.

С патогенетической точки зрения понятно, что препараты, стабилизирующие мембраны клеток печени, плохо работают при репликативном варианте SGV, потому что в этом случае на первом месте стоят противовирусные препараты. Однако гепатопротекторы имеют большое значение, когда эта патология печени связана с различными другими заболеваниями (сахарный диабет, алкогольное поражение печени, ожирение), поскольку эти препараты уменьшают жировой гепатоз в печени и улучшают действие других препаратов, в том числе ПЭГ- интерферон.

#### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Комилов Ф.Х., Алиев Б.Р. Назарова П.Р. Хронический  $\nu$  и дельта-гепатит. Тошкент 2010
2. Даминов Т.А., Туйчиев Л.Н., Таджиева Н.У. « Инфекционные болезни в деятельности ВОП » – Ташкент. -2007 г. 263 с
3. Закирходжаев А.Х. «Детские инфекционные болезни» Тошкент – 2008
4. Жданов В.М., Ананьев В.А., Стаханова В.М. Вирусные гепатиты. Москва: Медицина, 1986 г. –255 с
5. Блюгер А.Ф., Новицкий И.Н. Вирусные гепатиты. Рига: Звайгзне, 1988. - 395 с.
6. В.Т.Ивашкина Болезни печени и желчевыводящих путей / Руководство для врачей. Издание 2, исправленное и дополненное. Под руков. Акад РАМН. М., 2005. 536 с.

7. Лобзин Ю.В., С.С. Козлов, А.Н. Усков «Руководство по инфекционным болезням с атласом инфекционной патологии.» – Москва – 2000. 922 ст
8. Лобзин Ю. В. «Руководство по инфекционным болезням» - Москва Феникс – 2001. 932 ст
9. Майер К.Л.. «Гепатит и последствия гепатита — практическое руководство для врачей» перевод с немецкого, ГЭОТАР- мед. Москва, 2004г.324 с
10. Покровский В.И.. Пак С.Г.. Брико Н.И., Данилкин Б.К. «Инфекционные болезни и эпидемиология» Москва – 2008 г. 963 с
11. Симованьян Э.М. – «Инфекционные болезни у детей. Справочник в вопросах и ответах» Москва – 2002 г. 216 с.
12. Учайкин В.Ф., Н.И. Нисевич, О.В. Шамякина - Инфекционные болезни и вакцинопрофилактика у детей. М:2007. 230 Стр.
13. Шувалова Е.П., Змушко Е.И. Синдромная диагностика инфекционных заболеваний. С-Петербург 2001. 340 Стр
14. Шувалова Е.П. и др. Инфекционные болезни. Учебное пособие для ВУЗов. 2001 284 Стр