

УДК 616.36-002-08:[616.98:578.828НIV]

А. Н. Черепнин, А. В. Ластовка

Научный руководитель: д.м.н., доцент Е. Л. Красавцев

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ГЕПАТИТА С У ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Введение

Гепатит С — это инфекционное заболевание, вызванное РНК-содержащим вирусом гепатита С (НСV), характеризующееся диффузным воспалительным процессом в печени. Отличается своим хроническим субклиническим течением [1, 2, 3, 4].

Инкубационный период может длиться от 2 недель до 6 месяцев. Острая фаза гепатита С может протекать с наличием заметной клинической симптоматики: гипертермия, общая слабость, ринит, артралгия, диспепсия, темная моча, желтуха. Однако обычно (примерно в 80 % случаев) она протекает субклинически. В большинстве случаев острая фаза переходит в латентную хроническую фазу, при которой НCV многие годы персистирует в организме человека. Реактивация НCV наступает примерно через 15 лет, цирроз печени (ЦП) — через 20 лет, а гепатоцеллюлярная карцинома — через 25 лет. При манифестации заболевания у больных отмечается слабость, быстрая утомляемость, бессонница ночью и сонливость днем, гепатоспленомегалия, повышения АЛТ и АСТ, похудание. Главную опасность представляет незаметность течения гепатита С из-за чего лечение зачастую начинается на поздних стадиях заболевания [2, 4].

По оценкам специалистов, на сегодняшний день насчитывается более 70 миллионов человек больных гепатитом С во всем мире [5]. В Республике Беларусь в 2021 году зафиксировано 1884 случая инфицированием НCV, что составило 20,2 случая на 100 тысяч населения. Отмечается рост заболеваемости хроническим гепатитом С на 16,6 % по сравнению с 2020 годом [6].

Считается, что от трети до более чем половины ВИЧ-инфицированных имеют гепатит С. Ко-инфекция НCV и ВИЧ довольно широко распространена по причине общего пути передачи. Эти инфекции потенцируют друг друга. При ВИЧ-инфекции могут наблюдаться ложноотрицательные результаты лабораторных тестов, что затрудняет диагностику гепатита С. Иммунодефицит, ассоциированный с ВИЧ-инфекцией, ускоряет прогрессию гепатита С. По мнению многих авторов, НCV-инфекция в свою очередь способствует снижению уровня CD4+ клеток, что ухудшает прогноз ВИЧ-инфицированных пациентов [5, 7].

По этим причинам, пациентам с ко-инфекцией гепатита С и ВИЧ-инфекции независимо от стадии фиброза печени противовирусная терапия гепатита С должна быть назначена как можно раньше (в соответствии с клиническим протоколом МЗ РБ о «Диагностике и лечении пациентов (взрослое население) с хроническими вирусными гепатитами В и С» [8]).

Цель

Анализ эффективности противовирусной терапии препаратами прямого противовирусного действия (ПППД) гепатита С у ВИЧ-положительных пациентов.

Материалы и методы исследования

Нами изучены эффективность ПППД гепатита С у 201 ВИЧ-положительного пациента, наблюдавшихся в У «Гомельская областная инфекционная клиническая больница» в период с 2018 по 2022 гг.

Результаты исследования и их обсуждение

Среди 201 пациента с хроническим вирусным гепатитом С с ко-инфекцией ВИЧ (различных клинических стадий: с 1 по 4) 186 регулярно принимали антиретровирусную терапию (АРВТ). Мужчины было 124, минимальный и максимальный возрасты — 27 лет и 61 год соответственно, средний возраст — 42,5 года; женщин — 77 случаев, минимальный и максимальный возрасты — 20 лет и 56 лет соответственно, средний возраст — 39,7 лет.

У этих пациентов преобладал генотипа 3 HCV (115 случаев), генотипа 1 было 82 и генотипа 2 — 39.

В терапии гепатита С у пациентов с ко-инфекцией ВИЧ использовались комбинации препаратов ПППД (рисунок 1):

- 1) софосбувир+даклатасвир;
- 2) софосбувир+даклатасвир+рибавирин;
- 3) софосбувир+ледипасвир;
- 4) софосбувир/велпатасвир.

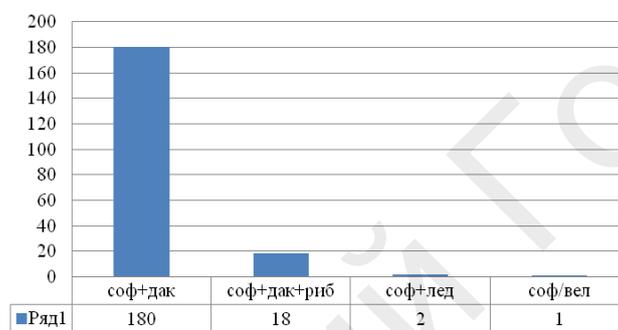


Рисунок 1 — Частота применения определенной комбинации препаратов у пациентов с ко-инфекцией ВИЧ и HCV

В абсолютном большинстве случаев назначалась терапия по схеме софосбувир + даклатасвир (89,6 %).

Результаты терапии ПППД хронического гепатит С у ВИЧ-инфицированных представлены на рисунке 2.

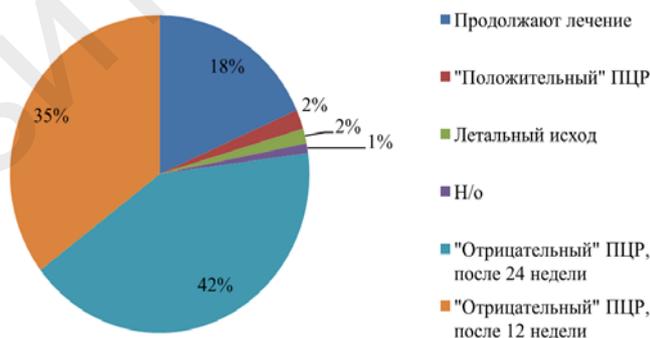


Рисунок 2 — Результаты терапии ПППД у пациентов с ко-инфекцией ВИЧ

Неэффективность терапии наблюдалась только в 2 % случаев. 2 % летальных исходов объясняются запущенными случаями: у всех пациентов наблюдалась 4 степень фиброза печени, со второй по четвертую клинические стадии ВИЧ-инфекции. У абсолютного большинства пациентов отмечается нормализация биохимических показателей, положительная динамика состояния в динамике лечения вплоть до реконвалесценции. Во время и после терапии ни в одном случае не наблюдались нежелательные и побочные реакции на фоне одновременной АРВТ и ПППД терапии.

Выводы

Неэффективность терапии наблюдалась только в 2 % случаев. Во время лечения ПППД хронического вирусного гепатита С было зарегистрировано 2 % (4 случая) летальных исходов у пациентов с продвинутыми стадиями фиброза печени и ВИЧ-инфекции. Во время и после терапии ни в одном случае не наблюдались нежелательные явления на фоне одновременной АРВТ и ПППД терапии. Наиболее часто (89,6 %) применялась схема лечения: софосбувир+даклатасвир.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Инфекционные болезни : учеб. пособие для студ. учреждений высш. образования по специальности «Лечебное дело» профиля субординатуры «Общая врачебная практика» / В. М. Семенов. – Витебск : ВГМУ, 2020. – 372 с.
2. Вирусные гепатиты в Российской Федерации: аналитический обзор / ред. : А. Б. Жебуна // СПб. – 2005. – Вып. 5. – 158 с.
3. Волчкова, Е. В. Острые вирусные гепатиты, В кн.: Практическая гепатология / ред. : Н. А. Мухин. // М. – 2004. – С. 28–33.
4. Дерябин, Н. Г. Гепатит С: современное состояние и перспективы / Н. Г. Дерябин. – Москва : ФГБУ «НИИ вирусологии им. Д.И. Ивановского» Министерства здравоохранения РФ, 2012. – С. 91–103.
5. Pedrana, A. Global hepatitis C elimination: an investment framework / A. Pedrana, J. Howell, N. Scott. – Elsevier, 2020. – С. 91–103.
6. Тарасенко, А. А. Доклад «О санитарно-эпидемиологической обстановке в Республике Беларусь в 2021 году» / А. А. Тарасенко. – Минск : Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья, 2022. – С. 77–86.
7. Блохина, Н. П. Клинические аспекты гепатита С у ВИЧ-инфицированных / Н. П. Блохина. – Москва : Вирусные гепатиты: Достижения и перспективы Информационный бюллетень. – 2002. – № 215. – 318 с.
8. Об утверждении клинического протокола «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с хроническими вирусными гепатитами В и С»: постановление Министерства Здравоохранения Республики Беларусь, 19 мар. 2019 г., № 19 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – 2019. – № 19. – 8/34091.

УДК 616.24-002

Н. А. Шаферов

Научный руководитель: к.м.н., доцент В. Н. Бондаренко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ТЯЖЕЛЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ

Введение

Внебольничная пневмония (ВП) является одной из актуальных проблем современной медицины и включает в себя ряд эпидемиологических, клинических, фармакологических и социальных аспектов. Распространенность ВП в Республике Беларусь в последние годы составляет в среднем 15 на 1000 населения [1]. У 6–10 % пациентов отмечается тяжелое течение ВП, требующее госпитализации в отделение интенсивной терапии [2]. Типичными возбудителями ВП являются *S. pneumoniae* (30–50 % случаев заболевания), *H. influenzae* (10–20 %), внутриклеточные микроорганизмы — *C. pneumoniae* и *M. pneumoniae* (8–25 %), удельный вес остальных возбудителей составляет 3–5 % [3]. Несмотря на высокую эффективность химиотерапии, в последние годы наблюдается увеличение числа пациентов с летальным исходом. Смертность от тяжелых пневмоний составляет 8,7 на 100 тыс. населения. Основной причиной