

Ахмедова Д.К.

Доцент кафедры

Микробиология, Вирусология, Иммунология

Андижанский Государственный Медицинский Институт

Андижан, Узбекистан

СПЕЦИФИКА, ЗНАЧЕНИЕ, ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Резюме. В настоящее время хронические вирусные инфекции представляют серьезную медико-социальную проблему. К наиболее значимым возбудителям относятся вирусы иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция), гепатиты В и С (ВГВ и ВГС). Несмотря на достигнутые успехи в изучении этиологии, патогенеза и клинической картины этих заболеваний, они по-прежнему трудно поддаются лечению, что приводит к снижению трудоспособности инфицированного населения и увеличению финансовых затрат на здравоохранение.

Ключевые слова. гепатит В, гепатит С, ВИЧ-инфекция, Т-лимфоциты CD8, гетеросексуальные контакты.

D.T.Isanova

Phd, docent the department of

microbiology, virology, immunology

Andijan State Medical Institute

Andijan, Uzbekistan

SPECIFICITY, SIGNIFICANCE, FEATURES OF THE COURSE OF VIRAL HEPATITIS IN PATIENTS WITH HIV

Resume. Currently, chronic viral infections are a serious medical and social problem. The most significant pathogens include human immunodeficiency viruses (HIV infection), hepatitis B and C (HBV and HCV). Despite the progress made in studying the etiology, pathogenesis, and clinical presentation of these diseases, they are still difficult to treat, which leads to a decrease in the working capacity of the infected population and an increase in the financial costs of healthcare.

Keywords. hepatitis B, hepatitis C, HIV infection, CD8 T cells, heterosexual contacts.

Актуальность. По данным ВОЗ, ежегодно в мире регистрируется около 50 миллионов случаев гепатита В. От этой инфекции умирает около 2 млн человек (9-е место среди причин смерти), из них примерно 100 тыс. - от молниеносных форм, 300 тыс. - от первичной гепатокарциномы и 700 тыс. - от цирроза печени. Заболеваемость острым гепатитом Вв нашей стране колеблется от 20 до 100 на 100 000 населения в отдельных регионах и в среднем в 2000 г. составляла 42,1 на 100 000 [3].

Но если проблема вирусного гепатита В благодаря внедрению в практику вакцинопрофилактики в какой-то степени решаема, то проблема вирусного гепатита С далека от решения. В Европе и США вирус гепатита С является причиной 20% острых гепатитов, 70% хронических гепатитов, 65% гепатоцеллюлярной карциномы, 40% цирроза печени, 30% трансплантаций печени. Частота впервые выявленных случаев гепатита С составляет 1-5 на 100 тыс. населения, причем считается, что истинный показатель выше в 5-8 раз. В нашей стране за последние годы заболеваемость гепатитом С увеличилась с 3,2 на 100 тыс. населения в 1994 г. до 19,3 в 1999 г., а в 2000 г. этот показатель составил 20,7. У 60-80% людей заболевание переходит в хроническую форму. Хронический гепатит С сегодня можно диагностировать у 150-200 миллионов жителей Земли

Еще большее число являются носителями этой инфекции - более 350 миллионов. По прогнозам ВОЗ на ближайшие 10-20 лет, хронический

гепатит С увеличит число больных циррозом печени на 60%, число больных гепатокарциномой на 68% и число больных с печеночной декомпенсацией на 280%, а при этом смертность от болезней печени может возрасти в 2 раза [1].

Отличительной особенностью современного периода является возникновение гепатитов комбинированной этиологии (смешанных - гепатитов), удельный вес которых прогрессивно увеличивается. Присутствие в организме одновременно нескольких вирусов гепатита значительно увеличивает вероятность неблагоприятных последствий и исходов вирусного гепатита [2].

Установлена прямая связь между увеличением числа лиц, употребляющих наркотики внутривенно, и ростом заболеваемости гепатитами с парентеральным механизмом заражения, ВИЧ-инфекцией. Согласно годовому отчету Международного комитета ООН по контролю над наркотиками за 2000 г., на сегодняшний день в мире насчитывается около 180 млн человек, что составляет 4,2% населения земного шара старше 15 лет[1].

В России также растет число лиц, употребляющих психоактивные вещества. Если в 1991 г. уровень заболеваемости наркоманией в стране составлял 21,5 на 100 тыс. населения, то в 2000 г. он составил 198,4, т. наркомании в 2000 году было 286 659 человек. Структура наркозависимых по видам употребляемых наркотиков, по данным вышеуказанного автора, достаточно однородна, около 90% из них употребляют опиоиды [4].

При обследовании наркозависимых у 5-15% из них обнаруживают HBsAg, а у 40-60% обследованных - антитела к вирусу гепатита В. По данным разных авторов, 75-85% потребителей внутривенных наркотиков инфицированы вирусом гепатита С, а среди потребителей героина этот показатель достигает 90%. Из них 38,6% случаев - моноинфекции, а в 51,3% случаев - смешанные гепатиты. Наиболее распространенной инфекцией является HBV+HCV.

Цель исследования. Оценить клиническое течение и исходы вирусных гепатитов у ВИЧ-инфицированных с целью разработки и оптимизации алгоритма лечения вирусных гепатитов при ВИЧ-инфекции.

Материал и методы исследования. Объектом эпидемиологического исследования явилось население, перенесшее АГ с ВИЧ в период 2021-2022 гг., проживающее на территории г. Андижана.

Результаты исследования. На фоне снижения заболеваемости острыми гепатитами В и С отмечен рост заболеваемости хроническими формами этих вирусных гепатитов; установлена взаимосвязь между распространенностью вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекцией, особенно среди лиц, употребляющих психоактивные вещества внутривенно.

Распространенность маркеров хронического гепатита В среди ВИЧ-инфицированных колебалась от 5,5% до 6,8% в зависимости от региона исследования, преимущественно в сочетании с маркерами вируса гепатита С или Е. Маркеры только хронического гепатита В выявлялись не более чем у 2% больных ВИЧ-инфекцией.

Коинфекция вирусом гепатита С и вирусом иммунодефицита человека колебалась от 24,3 до 91,2% в зависимости от пути заражения вирусом иммунодефицита человека и от 41,0 до 92,6% в зависимости от региона исследования.

Наличие ВИЧ-инфекции не влияло на клиническое течение и исходы острых гепатитов А, В, С; частота исходов хронического гепатита С в цирроз печени у ВИЧ-инфицированных при III стадии ВИЧ-инфекции составила 0,26, а при IV стадии - 0,49. Относительный риск цирроза печени у больных с ВИЧ-инфекцией составил 0,53.

Анализ показателей активности АЛТ, величины индекса гистологической активности и стадии фиброза выявил прямую зависимость между их изменениями у больных с коинфекцией ХГС/ВИЧ и больных ХГС: низкая активность АЛТ соответствовала низкой гистологической активности и стадии фиброза у больных ХГС/ВИЧ-инфекцией с индексом

гистологической активности 0-4 балла и активностью АЛТ достоверно выше по сравнению с больными той же группы с индексом гистологической активности 5-8 и 9-13 баллов ($p < 0,001$).

У больных хроническим гепатитом С уровень АЛТ и стадия фиброза коррелировали между собой при наличии выраженной степени активности процесса в печени: они были достоверно выше у больных с индексом гистологической активности, равным 9-13 баллов (для фиброза $p = 0,019$, для АЛТ $p = 0,012$).

Сравнение результатов исследования ткани печени у больных хроническим гепатитом С и хроническим гепатитом В без ВИЧ-инфекции методом пункционной биопсии печени и транзистентной эластометрии в большинстве случаев (75,0%) показало совпадение или минимальное расхождение (по 1 этапу) фиброза) результатов оценки степени выраженности фиброза печени указанными методами.

Терапия хронического гепатита С у больных с ВИЧ-инфекцией пегилированным интерфероном альфа-2а и рибавирином, не потребовавшим антиретровирусной терапии, показала эффективность и безопасность, сопоставимые с таковыми у больных хроническим гепатитом С без ВИЧ-инфекции.

Частота достижения устойчивого вирусологического ответа у больных хроническим гепатитом С и ВИЧ-инфекцией была достоверно выше при назначении пегилированного интерферона альфа-2а и рибавирина по сравнению с препаратом стандартного интерферона альфа-2а с рибавирином.

Катамнез отдаленных исходов терапии хронического гепатита С у ВИЧ-инфицированных позволил установить устойчивый вирусологический ответ в 87,5% случаев при лечении стандартным интерфероном альфа-2а и в 75,6% получавших пегилированный интерферон альфа-2а с рибавирином ($p < 0,05$).

Нежелательные явления, выявленные при лечении хронического гепатита С у пациентов с ВИЧ-инфекцией, были аналогичны таковым в группе больных гепатитом С без ВИЧ-инфекции.

Применение транзитной эластографии у больных хроническим гепатитом С и ВИЧ-инфекцией и в ремиссии хронического гепатита С после курса противовирусной терапии показало уменьшение выраженности фиброза печени в 87,9% случаев, а при наличии. Отсутствие ремиссии хронического гепатита С после проведения курса противовирусной терапии, показания к повторному курсу лечения не определены.

Вывод. Обосновано назначение терапии КГС ПЕГ-ИФН альфа-2а и рибавирином у больных с ранними стадиями ВИЧ-инфекции при отсутствии АРТ и признаков цирроза печени. Показано, что снижение абсолютного числа CD4+-лимфоцитов на фоне терапии не приводит к клиническому прогрессированию ВИЧ-инфекции. У ВИЧ-инфицированных больных гепатитами В и С вероятность развития цирроза печени и летального исхода в 1,5 раза выше при IV стадии ВИЧ-инфекции по сравнению с III стадией, что требует пересмотра тактики ведения данной категории больных. Обосновано использование и внедрение в клиническую практику метода транзитной эластографии для оценки стадии фиброза печени, в том числе для контроля эффективности проводимой противовирусной терапии. Разработан алгоритм диагностики и лечения гепатита С у ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков.

БИБЛИОГРАФИЯ:

1. Белозеров Е.С., Змушко Е.И. // Тесты для оценки иммунного статуса ВИЧ-инфицированных наркоманов. //Военно-медицинские аспекты ВИЧ-инфекции. Тезисы докладов научно-практической конференции. СПб. - 2011. - С. 10.
2. Чуркин А.А., Творогова Х.А. Возрастная структура зарегистрированного контингента лиц, употребляющих психоактивные вещества в Российской Федерации. //Профилактика и реабилитация.
3. Беляков Н. А., Рассохин В. В., Трофимова Т. Н. и др. Коморбидные и тяжелые формы ВИЧ-инфекции в России // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессия. 2016. Т. 8. № 3. С. 9–25.

4. Дворжак С. И., Крыга Л. Н., Виноградова Т. Н. и др. Медико-социальные особенности «старения» эпидемии ВИЧ в Санкт-Петербурге // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессия. 2012. Т. 4. № 1. С. 82–89.

5. Покровский В. В., Ермак Т. Н., Беляева В. В., Юрин О. Г. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение / Под ред. изд. В. В. Покровский. 2-е изд., Юб., испр. и доп. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2013. 488 с.

6. Кузнецова Т. Г., Глиш М. М., Сычева Н. Л., Наатыж Ж. Ю. Клинико-патогенетические особенности течения поздней кожной порфирии у жителей Краснодарского края // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2015. Т. 18. № 5. С. 42–45.

7. Вульф К., Джонсон Р., Сьюрмонд Д. Дерматология по Томасу Фикпатрику: атлас-справочник. М.: Практика, 2007.