

данными. После завершения озонотерапии все показатели достигли уровня здоровых лиц, кроме ГП, которые сохранились достоверно повышенными на 40,6% ($7,45 \pm 0,55$; $p < 0,001$).

Нельзя не согласиться с авторами, которые указывают на положительное влияние озонотерапии на функциональное состояние печени и внутрипеченочную гемодинамику [5]. В результате курсового применения озонотерапии отмечено значительное снижение выраженности цитолитического синдрома у больных основных групп. Одним из эффектов, возникающих при применении озонотерапии, как было выяснено выше, является нормализация перекисного окисления липидов, которое регулирует структурно-функциональное состояние мембран и, соответственно, активность мембрановстроенных ферментов.

В результате показатели активности АлАТ больных ОБГ А и ОБГ В к 37 д.б. снижались в 3 раза по сравнению с таковыми в контрольных группах.

Под влиянием озонотерапии уровень АлАТ достоверно ($p < 0,05$) уменьшился у больных хроническими гепатитами В — на 36,3% ($11,1 \pm 1,30$) и С — на 25,6% ($34,0 \pm 3,40$), достигнув значений здоровых лиц при ХВГ В. Это, повидимому, зависело от величины исходных показателей АлАТ, которые у пациентов ХВГ С были в 2,6 раза выше.

Показательна была динамика общего билирубина, содержание которого к 37 д.б. у больных ОБГ А и ОБГ В достоверно ($p < 0,001$) снизилось относительно исходных данных в основных группах в 5,6 и 4,4 раза, в то время как в контрольных группах это снижение составило 2,6 и 3,9 раза.

Курсовое применение озонотерапии вызвало достоверное — на 22,8% ($13,0 \pm 0,84$; $p < 0,05$); снижение уровня общего билирубина у больных ХВГ С относительно исходных значений, а при ХВГ В — на 19,4% ($11,5 \pm 0,63$; $p < 0,05$), при этом изначально уровень билирубина в обоих случаях укладывался в общепринятые нормы.

Отмечалась тенденция к нормализации осадочных проб (тимоловой), снижение глобулинов, увеличение альбуминов в крови и повышение протромбиновой активности у больных хроническими гепатитами В и С, что отражало нормализующее влияние озонотерапии на синтетическую функцию печени.

При циклическом течении острых гепатитов А, В тимоловая проба естественно снижалась в обеих сравниваемых группах по мере купирования инфекционного процесса, но у основной группы это снижение было более заметным. Так, на фоне ОБГ А относительно исходных данных к 37 д.б. она достоверно ($p < 0,001$) снизилась в 3,3 раза, в контроле, в 1,4 раза. У пациентов ОБГ В это изменение составило соответственно в 2,1 и 1,8 раза.

Со стороны гематологических показателей после курса озонотерапии у больных отмечена тенденция к увеличению содержания эритроцитов, лейкоцитов, уровня гемоглобина, снижению СОЭ. Достоверно определяется снижение исходно повышенной скорости и степени агрегации тромбоцитов.

Замечена также более быстрая динамика серологических маркеров (HbsAg, HbeAg) у больных ОБГ В на озонотерапии. После заверше-

ния курса лечения медицинским озоном HbeAg у больных основной группы не определялся, HbsAg сохранился у 85,8%, а в группе сравнения соответственно у 2,4%, 95,2%, среди которых зафиксировано два случая (4,9%) перехода острого гепатита В в хроническую форму заболевания.

Таким образом, озонотерапия — высокоэффективный и экономически выгодный метод лечения. Обладая способностью многокомпонентного действия (стимуляция антиоксидантной защиты, иммуномодуляция, оптимизация обменных процессов, стимуляция микроциркуляции и репарации), озон — как лечебное средство — может быть включен в терапию острых и хронических вирусных гепатитов.

Выводы

1. У больных острыми гепатитами А и В включение озонотерапии в комплекс лечения острой фазы болезни способствует нормализации показателей функциональных печеночных проб, гематологических сдвигов и элиминации вируса В.

2. Назначение озонотерапии в острой фазе ОБГ А и В оказывает выраженное антиоксидантное действие, снижая исходно высокие уровни бляж. продуктов ПОЛ и повышая факторы антиоксидантной защиты.

3. При хронических вирусных гепатитах В и С с ферментативным обострением курс озонотерапии приводит к нормализации уровня АлАТ, белковых фракций, гематологических сдвигов на фоне снижения активности процессов перекисного окисления липидов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дубинин С. В. Эффективность озонотерапии для профилактики хронической гипертонической энцефалопатии. / С. В. Дубинин, А. А. Смирнов // Нижегородский медицинский журнал. — 2002. — № 2. — С. 52-54.
2. Зенков Н. К., Ланкин В. З., Меньщикова Е. Б. // Окислительный стресс: Биохимический и патофизиологический аспекты, М.: МАИК «Наука-Интерпериодика», 2001. — С. 343.
3. Змызгова А. В., Максимов В. А. // Клинические аспекты озонотерапии. — М.: Медицина. 2003 — С. 287.
4. Кнох Х. Г. Озоно-кислородная терапия в проктологии. / Кнох Х. Г., Клуг В. // Терапевтический архив. — 1990. — № 2. — С. 93-98.
5. Некоторые аспекты применения озонотерапии в клинике внутренних болезней. / В. В. Недогада, О. В. Разваляева, О. Ю. Свириденко, М. Н. Устинова // Вестник Волгоградской медицинской академии. — 2000. — С. 127-129.
6. Растворимость и распад озона в физиологическом растворе. / Г. А. Бояринов, А. С. Гордеев, Н. Е. Живулин [и др.] // Нижегородский медицинский журнал. — 2000. — № 2. — С. 40-44.
7. Ischemic and ozone oxidative preconditioning in the protection against hepatic ischemic-reperfusion injury. / H. H. Ajamieh, S. Menendez, N. Merino [et al.] // J. of the ozone association. — 2001. — Vol. 4. — P. 1-14.

Опыт противовирусной терапии хронического вирусного гепатита В

В. Х. ФАЗЫЛОВ, Ф. М. ЯКУПОВА, Д. Т. БЕШИМОВА.
Кафедра инфекционных болезней КГМУ

Вирусные гепатиты с парентеральной передачей возбудителей В и С остаются в Российской Федерации серьезной медицинской и социальной проблемой. По широте распространения, уровню заболеваемости, тяжести течения и частоте развития хронических форм, экономическому ущербу вирусные гепатиты В и С занимают в России одно из ведущих мест в инфекционной патологии человека [1].

Приблизительно 30% населения земного шара имеют серологические доказательства перенесенной в прошлом HBV-инфекции и 350 млн. из этих ранее инфицированных людей являются долгосрочными носителями HBV [2].

Факторами поддержания эпидемического процесса при HBV-инфекции являются [3, 5]:

1. Широта путей передачи, несоблюдение норм первичной профилактики гемоконтактных инфекций, низкий охват вакцинацией взрослого населения.

2. Наличие разнообразных клинических вариантов течения болезни и латентных форм HBV-инфекции, не выявляемых только скринингом HbsAg.

3. Наличие мутаций в геноме вируса, не выявляемых доступными тест-системами, создают проблему программам вакцинации, так как

вакцино-индуцированные антитела не обеспечивают иммунитет от инфицирования мутантным штаммом.

4. Латентная инфекция и наличие мутаций HBV повышают риск инфицирования в трансфузиологии и трансплантологии.

5. Низкая эффективность существующих схем противовирусной терапии.

Вирусные гепатиты В и С являются причинами цирроза, печеночной недостаточности, кровотечений пищеварительного тракта, гепатоцеллюлярной карциномы и основными этиологическими факторами поражения печени, требующими трансплантации органа [6]. Проблемы заболеваемости ХВГ возрастают и трансформируются из медицинских проблем в социальные и психологические, влияя на качество жизни, как больного, так и его окружения [4].

Естественное течение хронического вирусного гепатита В (ХВГВ) с развитием тяжелых исходов требует проведения противовирусной терапии (ПВТ). Главная цель противовирусной терапии (Конгресс EASL, Женева 2002 г.) является «индуцировать или ускорить процесс перевода больного из состояния активной вирусной репликации в неактивное вирусносительство, приводящее, в конечном счете, к эрадикации инфекции».



Целью настоящего исследования явилась оценка клинко-биохимической эффективности ПБТ и особенности формирования стойкого вирусологического ответа (СВО) в зависимости от возраста больных при ХВГВ.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 34 пациента с верифицированным диагнозом ХВГВ.

Критерии включения в исследование:

1. Наличие репликативной активности HBV независимо от HBeAg-статуса.
2. Наличие синдрома цитолиза при динамическом наблюдении.
3. Первичный курс ПБТ.
4. Наличие информированного согласия пациентов и родителей детей.

В исследование не были включены пациенты, имеющие противопоказания к применению препаратов альфа-интерферона и/или имеющие в анамнезе употребление инъекционных наркотиков.

Критерии эффективности ПБТ: вирусологический ответ (ВО) — снижение вирусной нагрузки до авиремии, ранний вирусологический ответ (РВО) — авиремия на 4 или 12 неделе ПБТ, стойкий вирусологический ответ (СВО) — вирусологический ответ через 6 месяцев после отмены ПБТ, биохимический ответ — нормализация уровня АЛТ.

Дети до 15 лет составили 18 человек (52,9%), среди детей и взрослых преобладали больные мужского пола (70,5%). Возрастная структура у взрослых: 15-20 лет — 25%, 21-29 лет — 37,5%, 30-39 лет — 18,7%, 41-49 лет — 18,8%. Возрастная структура у детей: 1-2 года — 16,7%, 3-6 лет — 38,9%, 7-11 лет — 22,2%, 12-15 лет — 22,2%.

Структура путей передачи: 72,2% детей и 43,8% взрослых были из семейных очагов HBV-инфекции (контактно-бытовой и перинатальный путь инфицирования), 31,2% взрослых и 27,8% детей имели в анамнезе указания на проведенные медицинские манипуляции и гемотрансфузии. У 12,5% взрослых пациентов — половой путь передачи HBV, и у 12,5% взрослых не определен возможный путь инфицирования. Предполагаемый стаж инфицирования на момент начала ПБТ у взрослых: до 5 лет — 75%, 5-10 лет — 18,7%, больше 10 лет — 6,3%; у детей: до 1 года — 22,2%, до 5 лет — 61,1%, 5-10 лет — 16,7%.

ПБТ при ХВГВ проводилась по следующим схемам (табл. 1).

Таблица 1.

Схемы терапии	Дети n=18	Используемые коммерческие препараты	Взрослые n=16	Используемые коммерческие препараты
Монотерапия α-ифн (3-5 млн. МЕ 3 раза в неделю или 3-5 млн. МЕ ежедневно в течение 6-12 месяцев)	5	реаферон — 3, интрон — 1, роферон — 1	3	реаферон — 2, пегинтрон — 1
Комбинированная ПБТ (α-ифн и ламивудин)	4	реаферон — 3, роферон — 1	10	реаферон — 6, интрон — 3, интераль — 1
Монотерапия ламивудином (дети 3 мг/кг 6-24 месяцев, взрослые 100 мг ежедневно 12-18 месяцев)	9	эпивир, зеффикс	3	зеффикс

Результаты

Оценка эффективности ПБТ у детей. Все наблюдаемые нами дети на момент начала терапии имели высокую репликативную активность HBV (ПЦР ДНК HBV 1:1000-1:10000) с положительным HBeAg у 77,7% детей. Повышение уровня АЛТ до 3 норм выявлено у 72,2% детей, до 3-5 норм у 16,6%, до 5-10 норм у 11,2% пациентов. Пункционная биопсия печени проведена у 5 детей. ИГА 7-9 баллов определен у 3 детей, из них у одного без фиброза, у двоих фиброз 1 степени. У двух мальчиков до 2-х лет с перинатальным путем инфицирования установлен ИГА — 15 баллов, фиброз — 3 балла.

Таблица 2. Вирусологический ответ (ВО) на ПБТ у пациентов детского возраста

РВО 12 недель	11,1%
ВО 24 недели	5,5%
ВО 36 недель	16,6%
ВО 48 недель	38,8%
СВО	22%

ВО на 4 неделе ПБТ не определяли. У 2 детей с ВО в 12 недель в дальнейшем не сохранился ВО, и у них не зарегистрирован СВО. СВО получен у 22% пациентов, имевших ВО на 24, 36 и 48 неделях ПБТ (моноинтерферон — 1, моноламинудин — 2, комбинированная ПБТ — 1 человек). Ответившие на терапию дети были HBeAg-позитивные, с

уровнем АЛТ, превышающим норму в 7-10 раз, со сроком инфицирования до 5 лет, из них половина из семейных очагов HBV-инфекции. Стойкий биохимический ответ со снижением АЛТ до нормы к концу ПБТ и через 6 месяцев терапии получен у 83,3% детей. Особенности инфекционного процесса на фоне проведенной вакцинации и ПБТ демонстрирует следующий клинический случай.

Больной Т., 2003 года рождения, из семейного очага HBV-инфекции, где инфицированы дед, тетя, у мамы больного ХВГВ с 17-летнего возраста.

Акушерский анамнез: родился от 1 беременности, протекавшей с угрозой прерывания в 1 триместре, роды преждевременные на сроке 32 недели, кесаревым сечением (ягодичное предлежание плода). Естественное вскармливание с 2-х недельного возраста до 2-х месяцев. Мальчик вакцинирован против гепатита В в роддоме, далее в 1 и 6 месяцев в детской поликлинике. Впервые ребенок обследован по контакту с больными ХВГВ в возрасте 11 месяцев в мае 2004 года, выявлен HBeAg. Данных об уровне вирусемии у мамы во время беременности и в родах нет, но в мае 2005 г. у матери выявлен HBeAg — негативный ХВГВ с высокой репликативной активностью HBV.

При первичном осмотре в гепатологическом центре в мае 2005 г. в возрасте 1 год 11 месяцев клинически выявлены анемия, гепатолиенальный синдром (печень +5 см, селезенка +1 см ниже края реберной дуги), на коже живота выражена венозная сеть. В лабораторных данных — уровень АЛТ составляет 12 норм, высокая репликативная активность HBV (ПЦР ДНК HBV 1:10000), уровень альфа-фетопротейна 2715 МЕ/мл при норме до 14,5 МЕ/мл. При УЗИ органов брюшной полости размеры печени 94x61 мм, умеренные перипортальные уплотнения, изоморфность паренхимы, структура однородная, сосудистый рисунок сужен в дистальных отделах, диаметр воротной вены 5 мм, селезеночной вены 4 мм. Желчный пузырь S-образной формы, стенки повышенной эхогенности, содержимое гомогенное, почки и селезенка без признаков патологии. С подозрением на гепатоцеллюлярную карциному ребенок переведен в гастроэнтерологическое отделение ДРКБ. Больному проведена биопсия печени — выявлена высокая гистологическая активность (ИГА — 15 баллов, фиброз — 3 балла). По данным клинко-лабораторного обследования, результатам биопсии и компьютерной томографии органов брюшной полости проведен консилиум с онкологами, данных за гепатоцеллюлярную карциному нет. Выставлен диагноз: хронический вирусный гепатит В, фаза репликации, с выраженным цитолитическим синдромом и тяжелыми гистологическими изменениями.

С мая 2005 года начата противовирусная монотерапия ламивудином в дозе 3 мг/кг. ПБТ продолжается в течение 15 месяцев, и только на 14 месяце лечения достигнут ВО (авиремия), со снижением уровня альфа-фетопротейна до 88 МЕ/мл и снижением АЛТ до 2,5 нормы. Клинически отмечено уменьшение размеров печени и селезенки. Лечение продолжается.

Оценка эффективности ПБТ у взрослых. До начала терапии все больные имели высокую степень вирусной нагрузки (1:1000-1:10000), HBeAg-позитивный ХВГВ выявлен у 56,2% пациентов. Повышение АЛТ до 1,5-2 норм отмечалось у 62,5%, до 2-5 норм у 31,25%, до 7 норм у одного больного (6,25%). У 9 больных была проведена пункционная биопсия печени: ИГА 5-8 баллов — у 6, ИГА 9-13 баллов — у 3 больных. Степень фиброза в 1 балл у 4-х пациентов, фиброз 2 балла — у 1 и нет признаков фиброза у 4 больных.

Таблица 3. Результаты ВО на ПБТ у взрослых пациентов

РВО 4 недели	6,25%
РВО 12 недель	31,25%
ВО 24 недели	31,25%
ВО 36 недель	37,5%
ВО 48 недель	37,5%
СВО	18,75%

Ни один больной с ВО на 4 или 12 неделе лечения не сохранил авиремию больше 36 недель ПБТ. Биохимический ответ с нормализацией уровня АЛТ получен у 68,4% пациентов. СВО зарегистрирован у 3-х пациентов с ВО, полученным на 24, 36, и 48 неделе ПБТ. Ответившие на ПБТ имели малый срок инфицирования, уровень АЛТ до 5 норм, двое были HBeAg-позитивные. У двоих из ответивших на ПБТ произошел рецидив в течение 12 месяцев после отмены терапии, и только у 1 больной с HBeAg-негативным ХВГВ из семейного очага HBV-инфекции после 48-недельного курса ламивудина СВО сохранился в течение 5 лет после ПБТ. История болезни этой пациентки может служить клиническим примером влияния ПБТ на снижение риска перинатального инфицирования при HBV-инфекции.

Больная Э., 32 года. Выявлена в 1997 году во время беременности, из семейного очага HBV-инфекции (инфицирована мать пациентки). Гемотрансфузий, операций не было.

С 1997 года Ds: ХВГВ высокой репликативной и ферментативной активности (ПЦР 1:10000, АЛТ 3 Н).

1997 год — родила дочь HBeAg+, с 1998 г. у дочери ХВГВ.

1998 год — монотерапия ламивудином 1 год с формированием СВО.

1999-2004 — ДНК HBV в ПЦР не обнаруживается, HBsAg+.

2003 год — родила вторую дочь, которая здорова и вакцинирована.

2006 год — рецидив, вирусемия 1:10, АЛТ до 2-3 N, больная настроен на повторный курс ПВТ.

Таким образом, данный клинический пример показал, что уменьшение вирусной нагрузки в результате проведения ПВТ у женщин, планирующих беременность, может снижать риск инфицирования плода и повышать эффективность иммунопрофилактики у новорожденных.

Независимо от используемых коммерческих препаратов альфа-интерферона у всех больных отмечался гриппоподобный синдром, алопеция, сухость и умеренный зуд кожи. Заметно отличалась частота проявлений депрессивного синдрома, который выявлен у 40% взрослых и только у 5% детей. У одного ребенка, получавшего комбинированную терапию роферон + ламивудин, сохранялся длительный сухой кашель. Развитие побочных эффектов не потребовало отмены ПВТ.

Выводы

1. В результате проведенной ПВТ у пациентов с ХВГВ СВО получен у 22% детей и у 18,75% взрослых, который не коррелировал с РВО. Стойкий биохимический ответ получен у 83,3% детей и 68,4% взрослых.

2. Учитывая низкий собственно противовирусный эффект препаратов интерферона у взрослых и детей с ХВГВ, целесообразно их назначение с антифибротической целью, стандартными дозами на длительный период (18-24 и более месяцев).

3. Эффективность ПВТ при ХВГВ в нашем исследовании не зависела от пути заражения, и была выше у пациентов с HBsAg-позитивным ХВГВ со стажем инфицирования до 5 лет.

ЛИТЕРАТУРА

- Шахгильдян И. В. / Парентеральные вирусные гепатиты в России. // Врач. — 2003 г. — С. 8-11. — Библиогр.: 17 назв.
- Современные представления о хронической HBV-инфекции. / В. В. Горбаков, Х. И. Абдулаева, А. Л. Раков, Р. Р. Урсов // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. — 2003. — № 2. — С. 54-63. — Библиогр.: 97 назв.
- Сравнительная клинико-лабораторная характеристика HBeAg-позитивных и HBeAg-негативных хронических гепатитов В. / А. Л. Раков, В. В. Горбаков, А. И. Хазанов, И. Ю. Евтухин, А. В. Воробьев // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. — 2003. — № 2. — С. 48-52. — Библиогр.: 11 назв.
- Лисукова Т. Е. Деонтологические проблемы при ведении больных хроническим вирусным гепатитом. / Т. Е. Лисукова // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 2003. — № 1. — С. 57.
- Абдурахманов Д. Т. Хронический гепатит В и D. / Под ред. академика РАМН Н. А. Мухина // Практическая гепатология. // Пособие по материалам «Школы гепатолога». — М. — 2004 г. — С. 58-77. — Библиогр.: 10 назв.
- Хронический вирусный гепатит. / Под ред. В. В. Серова, З. Г. Апросиной. — М.: Медицина, 2002. — 384 с.

Противовирусная комбинированная терапия HCV инфекции у ВИЧ-инфицированных

Э. Р. МАНАПОВА, В. Х. ФАЗЫЛОВ, Д. Ф. НЕСТЕРОВА, Э. И. ХАЙРУТДИНОВА.

Кафедра инфекционных болезней Казанского государственного медицинского университета. РЦПБ СПИД и ИЗ МЗ РТ.

По данным ВОЗ (2004), 39,4 млн. человек в мире инфицированы ВИЧ, из них 25% коинфицированы вирусом гепатита С (HCV). По республике Татарстан и г. Казани процент коинфицированных значительно выше и составляет около 90%. Заболевание печени, вызванное хронической HCV-инфекцией, становится ведущей причиной заболеваемости и смертности среди ВИЧ-инфицированных пациентов в развитых странах мира, где в стадии тяжелого иммунодефицита значительно уменьшилась частота классических оппортунистических заболеваний в результате успешного применения антиретровирусной терапии (3). Среди коинфицированных HCV/ВИЧ по сравнению с моноинфицированными HCV-инфекцией наблюдается: более повышенный HCV-RНК уровень, серьезные гистологические изменения при биопсии печени, быстрое развитие цирроза и печеночной недостаточности. Как правило, наблюдается активное клинико-лабораторное течение хронического вирусного гепатита (ХВГС) у пациентов с ВИЧ-инфекцией. Прогрессирование фиброза при HCV инфекции в коинфекции с ВИЧ происходит намного быстрее, чем при моно-HCV инфекции, как показало исследование Mohsen A. H. и соавт. 2002, подтверждающее работу Benhamou Y. и соавт. 1999. Авторы установили, что время от первичной HCV инфекции до подтвержденного цирроза при коинфекции с ВИЧ — 21 год, при HCV моноинфекции — 31 год. По нашим наблюдениям (1), при сопоставлении клинических и лабораторных результатов обострения ХВГС как при моноинфекции, так и ассоциации с ВИЧ в стадии III выявлено сходство в наличии клинических синдромов, изменений в показателях периферической крови и функциональных проб печени. Различия наблюдались в иммунологических данных и серологических маркерах HCV, а также у пациентов с HCV моноинфекцией регистрировались генотипы 1b, 3a и в равной степени определялись средняя и высокая вирусемия, при HCV/HIV коинфекции генотипы 2a и 3a и превалировала высокая вирусемия.

Все пациенты с HCV-RНК должны рассматриваться как кандидаты на анти-HCV терапию, ответ на которую зависит от количества CD4+ клеток (2). Оптимальной стратегией является лечение гепатита С до начала антиретровирусной терапии (АРВТ). Противовирусная терапия (ПВТ) ХВГС у ВИЧ инфицированных должна проводиться большим с повторным повышением в сыворотке крови уровня органоспецифического печеночноклеточного фермента аланинаминотрансферазы (АлАТ), CD4+ >350 кл/мкл, относительно низким уровнем ВИЧ-RНК (<50,000 коп./мл), без активного потребления психоактивных веществ (ПАВ), алкоголя и предшествующих нейрорексических состояний.

К настоящему времени достигнуты определенные успехи в лечении ХВГС у ВИЧ-инфицированных при комбинации Пег-ИФН и рибавирина. Стойкий вирусологический ответ (СВО) на анти-HCV терапию

у коинфицированных пациентов даже при использовании современной комбинации препаратов наблюдается у 27-40%. Следует отметить высокую стоимость данной комбинации и финансовую недоступность в нашем регионе, что ограничивает число пациентов, получающих эти препараты.

Цель работы: выявить влияние ПВТ ХВГС у ВИЧ-инфицированных на вирусологические, иммунологические и биохимические показатели.

Материалы и методы исследования. На базе РЦПБ СПИД и ИЗ г. Казани для лечения 8 больных с ХВГС коинфицированных ВИЧ мы применили комбинированную ПВТ отечественными препаратами (реаферон + веро-рибавирин) на бюджетные средства. Возрастная группа от 21 до 30 лет, длительность инфицирования HCV составила в среднем — 7±0,1 лет, ВИЧ — 4±0,1 года. В исследование были включены больные, не принимающие ПАВ (в/в героин) в течение > 6 месяцев. Пациенты ранее не получали антиретровирусную и анти-HCV терапии. Диагноз ХВГС устанавливался на основании определения в сыворотке крови больных анти-HCV IgM, анти-HCV IgG к core, NS3-, NS4-, NS5-Ag методом иммуноферментного анализа (ИФА) и обнаружением РНК-HCV количественным методом (с генотипированием) в полимеразноцепной реакции (ПЦР). Результаты количественного метода ПЦР оценивали по степени вирусемии как «низкая», что соответствовало содержанию копий РНК — <1х10³ МЕ/мл, «средняя» — 1х10³-1х10⁶ МЕ/мл, «высокая» — >1х10⁶ МЕ/мл. Превалировал генотип 3a (у 5 человек).

Биохимическое исследование крови проводили с определением уровня общего билирубина (ОБ) и его прямой фракции, активности аланинаминотрансферазы (АлАТ) и аспартатаминотрансферазы (АсАТ), тимоловой пробы, холестерина, щелочной фосфатазы (ЩФ), общего белка, креатинина и мочевины с использованием общепринятых методов лабораторной диагностики.

Клиника ХВГС у всех наблюдаемых нами больных до ПВТ характеризовалась астеновегетативным и диспептическим синдромами. У большинства пациентов (6 человек) размеры печени при пальпации были в пределах 1-3 см, у 2 — не превышали 1 см.

Диагноз ВИЧ-инфекция подтвержден методом иммуноблотинга. Все пациенты по клинической характеристике и активности инфекционного процесса находились в стадии III ВИЧ-инфекции (по классификации В. В. Покровского, 2001). Определение ВИЧ-RНК в ПЦР проводили количественным методом.

Иммунный статус оценивали по абсолютному (кл/мкл) и относительному (%) числу показателей CD4+ и CD8+ клеток на проточном цитофлуориметре «FACSscan» (Becton Dickinson, USA).

В течение 24 недель реаферон вводили ежедневно по 5 млн. МЕ, далее через день до 1 года. Веро-рибавирин больные получали через