

Лечение ВИЧ/СПИД на практике

Электронное периодическое издание для специалистов-медиков,
работающих в области ВИЧ/СПИД в странах Восточной Европы и Центральной Азии.

Электронное периодическое издание

Выпуск 2, 2006

www.aidsalliance.org.ua/namsubscribe

«Лечение ВИЧ/СПИД на практике» – электронное периодическое издание для специалистов-медиков, работающих в области ВИЧ/СПИД. Данная публикация, издаваемая в оригинале на английском языке организацией «Национальное руководство по СПИД» (NAM), теперь доступна и на русском языке и адаптирована Международным Альянсом по ВИЧ/СПИД для аудитории стран Восточной Европы и Центральной Азии. Мы будем благодарны, если вы разошлете этот бюллетень своим коллегам, интересующимся вопросами лечения ВИЧ-инфекции.

Ведение сочетанной инфекции ВИЧ и гепатита В или С в странах с ограниченными ресурсами

Во 2-м выпуске бюллетеня «Лечение ВИЧ/СПИД на практике» речь пойдет о практическом клиническом ведении сочетанной инфекции ВИЧ и гепатита в виде комментариев членов консультативной группы издания.

Особенное удивление вызывает то, насколько незначителен клинический опыт лечения гепатитов В и С в странах с ограниченными ресурсами, несмотря на высокую распространенность этих инфекций среди ВИЧ-позитивных пациентов.

Начиная с 1996 года, когда пациентам в богатых странах мира стала доступна антиретровирусная терапия (АРТ), мало кто ожидал, насколько важным окажется долгосрочное ведение сочетанной инфекции ВИЧ и вирусных гепатитов; более того, никто не предполагал, что болезнь печени может стать одной из самых распространенных причин смерти среди людей, живущих с ВИЧ.

В странах Восточной Европы и Центральной Азии расширение доступа к антиретровирусному лечению находится на начальной стадии. К тому же в этом регионе существует сильное предубеждение против лечения потребителей инъекционных наркотиков (см. Отчет международной правозащитной организации «Human Rights Watch»: <http://hrw.org/reports/2006/ukraine0306/ukraine0306ruweb.pdf>). Однако, как мы подчеркивали в 1-м выпуске издания «Лечение ВИЧ/СПИД на практике», почти две трети ВИЧ-инфицированных в некоторых областях России также имеют коинфекцию гепатита С. В Украине распространенность ВИЧ-инфекции в среде потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), по данным дозорного эпиднадзора, составляет от 11 до 59 % (2004 год). Вирусом гепатита С (ВГС) инфицировано 50–80 % ПИН, вирусом гепатита В (ВГВ) – около 50 % ПИН (по данным лаборатории вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции Института эпидемиологии и инфекционных болезней им. Л.В. Громашевского АМН Украины, 2004 год).

Поэтому программы лечения в регионе должны со временем учесть важность проблемы сочетанной инфекции ВИЧ/ВГВ и ВИЧ/ВГС. Только в этом случае странам СНГ удастся выполнить непростые задачи по расширению масштабов лечения.

for hiv information
nam
www.aidsmap.com

International
HIV/AIDS
Alliance
Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД
www.aidsalliance.org.ua

Обсуждение клинического ведения пациентов с сочетанной инфекцией ВИЧ и гепатита В или С

Мы предложили членам консультативной группы «Лечение ВИЧ/СПИД на практике» прокомментировать собственный опыт в сфере клинического ведения пациентов с сочетанной инфекцией гепатита В и/или С и ВИЧ. Свои ответы предоставили специалисты из России, Украины, Казахстана, Кыргызстана и Таджикистана, а также представители Индонезии, Южной Африки и Сенегала.

Мы задали экспертам вопросы о скрининге на ВГВ/ВГС, мониторинге функции печени при проведении АРТ, в частности, с использованием неврирапина, о других видах влияния хронического гепатита на проведение АРТ, лечении ВГС, клиническом ведении пациентов с заболеванием печени и паллиативном уходе.

В странах, имеющих достаточные ресурсы, применяются следующие стандарты скрининга, мониторинга, лечения и ухода за пациентами с коинфекцией ВИЧ и гепатита В или С:

«По крайней мере, раз в год мы проводим рутинный скрининг на ВГВ и ВГС, используя все имеющиеся в наличии тесты, однако каждый раз мы наблюдаем значительные различия в функциональных пробах печени (ФПП). Что касается пациентов, получающих АРТ, то мы проводим функциональные пробы печени каждые три месяца. Если показатели ФПП в три раза превышают норму, мы проводим повторное тестирование через две недели, в зависимости от базовых показателей. Ведение пациентов, получающих неврирапин, проводится таким же образом.

Существование болезни печени никоим образом не влияет на способы применения АРТ среди пациентов.

Что касается ведения гепатита С, то мы применяем интерферон/рибавирин, предназначенный для лечения продвинутой стадии болезни. Пациенты, у которых болезнь печени переходит в стадию цирроза или в конечную стадию болезни печени (EDSL), обычно направляются на пересадку печени».

*Профессор Брайан Газзард (Brian Gazzard),
госпиталь Челси и Вестминстера,
г. Лондон, Англия)*

К сожалению, в странах Восточной Европы и Центральной Азии эти стандарты соблюдаются нечасто. В Центральной Азии тестирование на

наличие вируса гепатита В и/или С платное, и во всех странах стандартное лечение гепатита С (альфа-интерферон в комбинации с рибавирином или без него) применяется весьма редко или же предоставляется тем пациентам, которые могут это лечение самостоятельно оплатить. Очевидно, что пересадка печени в странах с ограниченными ресурсами – вариант практически нереальный. Большинство врачей-клиницистов, входящих в нашу экспертную группу, предлагают симптоматическое лечение или паллиативный уход для случаев цирроза или конечной стадии болезни, хотя в странах Восточной Европы и Центральной Азии паллиативный уход также не очень широко распространен.

Скрининг на ВГВ/ВГС

Проводите ли вы рутинный скрининг на ВГВ или ВГС либо на обе инфекции? Какие тесты вы применяете?

Украина. До недавнего времени в Украине рутинный скрининг на ВГВ и ВГС проводился только у доноров крови, т.к. данные исследования для других категорий лиц являлись преимущественно платными. С 2006 года в Украине становится доступным скрининг на ВГВ и ВГС за счет закупок тест-систем за средства государственного бюджета. Сейчас в Украине готов к утверждению МЗ национальный клинический протокол лечения ВИЧ-позитивных людей, которые являются потребителями наркотиков. Протокол разработан в соответствии с современными рекомендациями ВОЗ. В разделе «Лечение хронических гепатитов В и С у ВИЧ-инфицированных ПИН» указаны стандарты обследования и лечения данной категории пациентов. Рекомендован скрининг на ВГВ (HBsAg) и ВГС (специфичные общие антитела, определяемые методом ИФА). Исследование АЛТ, хотя оно и не является специфичным, рекомендовано в качестве рутинного обследования в схеме обычного обследования пациента. Для пациентов с коинфекцией ВГС и/или ВГВ в качестве метода определения стадии заболевания рекомендована биопсия печени, но данное обследование не определено как обязательное. Определение РНК ВГС (в том числе количественным методом), а также генотипа вируса рекомендовано в качестве желательного обследования, в особенности как прогностических показателей эффективности лечения. В Украине также готовится к утверждению МЗ национальный клинический протокол диагностики и лечения заболеваний, вызванных вирусами гепатитов В и С у ВИЧ-инфицированных, регламентирующий объем обследования и помощи пациентам с сочетанной

инфекцией ВИЧ/ВГВ и ВИЧ/ВГС. В дальнейшем этот протокол будет являться основой для определения потребностей в диагностических тест-системах и лекарственных средствах для данной категории пациентов.

Российская Федерация. Действующие медицинские рекомендации и приказ Министерства здравоохранения РФ предусматривают обязательное обследование ВИЧ-положительных людей на ВГС (специфические антитела к HCV) и ВГВ (HBsAg) при постановке на учет и затем – при проведении мониторинга за пациентами. Данное исследование бесплатное для пациентов и реально доступно в абсолютном большинстве региональных центров СПИДа.

В Кыргызстане обследование на наличие ВГВ и ВГС является платным и проводится только при наличии клинико-лабораторных показаний, поэтому доступность его ограничена. Для скрининга ВГВ и ВГС используется метод ИФА. В виду платности исследований, данных по истинной распространенности ВГВ и ВГС среди ВИЧ-инфицированных нет. Однако планируются закупки тест-систем для бесплатного проведения таких исследований у ВИЧ-положительных людей из средств Глобального фонда и в перспективе – из средств немецкого банка KfW. Сейчас рутинный скрининг на ВГВ и ВГС за счет средств Глобального фонда начат только в Бишкеке.

В Казахстане проводится рутинное обследование на ВГВ и ВГС не только доноров крови, но и всех ВИЧ-инфицированных по эпидпоказаниям, тем более при назначении АРТ за счет средств госбюджета. Используются преимущественно тесты российского производства.

В Таджикистане рутинный скрининг на ВГВ и ВГС проводится только у доноров крови. В РЦ СПИД и других ЛПУ из-за дороговизны анализа обследование не проводится.

Сенегал. Современная практика не предусматривает рутинного скрининга на ВГВ, ВГС или обе инфекции, поскольку эти тесты являются платными. Однако врачи систематически предлагают пациентам такое тестирование.

В Индонезии существует общая практика скрининга на ВГС с помощью теста на антитела среди тех, кто имеет опыт инъекционного потребления наркотиков. Для большинства из них проведение исследования вирусной нагрузки слишком дорого.

Мониторинг функции печени при проведении АРТ на основе неврирапина

Насколько тщательно (часто) вы проводите исследование печеночных ферментов у пациентов? Каковы ваши действия, если функциональные пробы печени (ФПП) в три раза превышают верхний предел нормы (ВПН) у пациента, получающего АРТ?

Украина. Согласно клиническому протоколу антиретровирусной терапии ВИЧ-инфекции у взрослых и подростков, исследование биохимических показателей крови, отражающих функции печени, в том числе АЛТ, производится каждые две недели в первый месяц проведения АРТ, затем ежемесячно в первые шесть месяцев и далее – один раз в три месяца. В случае появления клинических симптомов печеночной токсичности пациенту рекомендуется срочное обращение к врачу, и в данном случае исследование ФПП производится в соответствии с клинической ситуацией. Если ФПП в три раза превышают верхний предел нормы у пациента, получающего АРТ, то АРТ продолжается при тщательном мониторинге ФПП.

В Российской Федерации отсутствует национальное руководство по проведению антиретровирусной терапии. Действующие наставления рекомендуют проводить клинико-лабораторный мониторинг, но не определяют его объем и кратность. В своей практической работе на базе больниц врачи проводят мониторинг функциональных проб печени, включая определение уровня АЛТ, для пациентов, находящихся на АРТ, каждые три месяца. Это же положение внесено в «Программное руководство предоставления помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе в рамках проекта «ГЛОБУС» для 10 регионов Российской Федерации, предоставляющих АРТ за средства Глобального фонда.

В соответствии с указанным документом, трехкратное повышение активности АЛТ необходимо оценивать как степень токсичности 2, при этом Руководство рекомендует продолжать АРВ-терапию, проводить клинико-лабораторный мониторинг, патогенетическую терапию и повторить анализ через 2 недели. В случае, если повышение АЛТ сопровождается клиническими симптомами гепатита, необходимо решить вопрос о целесообразности продолжения терапии. На основе личного опыта наблюдения за больными, заразившимися из-за употребления наркотиков и находящимися на АРТ, мы считаем целесообразным

дополнить тактику наблюдения за такими пациентами рекомендацией об обследовании на иные гепатотропные вирусы (ВГD, ВГВ, ВГА, возможно, на герпес-группу). Это связано с клиническим наблюдением псевдопобочной реакции в виде гепатита, который в дальнейшем был расшифрован как суперинфекция вирусом гепатита D на фоне хронического вирусного гепатита В+С.

В Кыргызстане, согласно клиническому протоколу по ВИЧ-инфекции, первичное обследование ВИЧ-инфицированных включает биохимический анализ крови (показатели функции печени: АЛТ, АСТ, билирубин), а в дальнейшем контроль печеночных тестов должен проводиться каждые две недели в первые два месяца лечения, затем через месяц, затем через три и через шесть месяцев. На практике же, если нет клинических проявлений, то печеночные тесты проводятся раз в полгода.

В Казахстане и Таджикистане исследование биохимических показателей крови, отражающих функции печени, также проводится согласно клиническому протоколу антиретровирусной терапии ВИЧ-инфекции у взрослых и подростков. АЛТ определяется перед началом лечения, затем каждые две недели в первый месяц проведения АРТ, затем ежемесячно в первые шесть месяцев и далее – один раз в три месяца. В случае появления клинических симптомов печеночной токсичности пациенту рекомендуется обращение к врачу. Если ФПП превышают верхний предел нормы у пациента, получающего АРТ, менее чем в 5 раз, то АРТ продолжается при тщательном мониторинге ФПП.

для мужчин (в связи с повышенным риском гепатотоксичности).

Кроме того, схемы АРТ с невирапином затрудняют лечение туберкулеза с использованием рифампицина, если такая потребность возникает у пациентов, которые уже получают АРТ, из-за неблагоприятных взаимодействий и гепатотоксичности.

Наличие маркеров ВГВ или ВГС без серьезных нарушений ФПП не влияют на назначение АРТ и выбор схемы. Признаки активного ВГВ или ВГС с серьезными нарушениями ФПП (АЛТ выше нормы в 6 и более раз, т.е. III и IV степени гепатотоксичности) у пациентов, получающих АРТ, являются причиной отмены АРТ и замены схемы. Продолжение терапии в случае тяжелой гепатотоксичности (если она развивается очень быстро) может оказаться очень опасным. Контроль токсичности АРТ, включающей невирапин, и алгоритм действий при возникновении токсичности определен клиническим протоколом антиретровирусного лечения ВИЧ-инфекции у взрослых и подростков.

В Украине в качестве основного стандартного режима АРТ рекомендована схема на основе ННИОТ: эфавиренц+АЗТ/ЗТС, что связано с высокой распространенностью туберкулеза. Кроме того, при наличии противопоказаний к назначению ННИОТ применяются схемы первого ряда на основе ИП, а именно лопинавир/ритонавир + АЗТ/ЗТС. В Украине в настоящее время применяются также схемы АРТ: невирапин+АЗТ/ЗТС и нелфинавир + АЗТ/ЗТС, но эти схемы не являются полноценной альтернативой основным предпочтительным режимам (на основе эфавиренца или лопинавира/ритонавира).

В плане лечения ВГВ признано необходимым обеспечить регистрацию и доступность антиретровирусных препаратов TDF (тенофовира) и FTC (эмтрицитабина), которые также эффективны в отношении ВГВ, что особенно актуально при резистентности ВГВ к ЗТС.

Российская Федерация. В первую очередь мы стараемся минимизировать назначение этого потенциального гепатотоксического препарата пациентам, коинфицированным ВГС и/или ВГВ. При невозможности предложить пациенту иную схему считается возможным проведение терапии с невирапином любым пациентам, в том числе и вышеуказанным. Рекомендуется проводить мониторинг функциональных проб печени более часто – 2 раза в месяц в течение первого месяца, затем 1 раз в месяц в первые 3–4 месяца, в дальнейшем 1 раз в 3 месяца.

Наличие вирусного гепатита В или вирусного гепатита С требует индивидуализации схемы АРВ-терапии. При наличии хотя бы минимальной активности процесса, по данным биохимического

АРТ и гепатит В или С

Ведете ли вы пациентов, получающих невирапин, по-разному? Другими словами, влияет ли ВГВ или ВГС на способ применения АРТ среди пациентов?

Украина. Нет, мы не ведем пациентов, уже получающих невирапин, по-разному, имея ввиду лабораторный мониторинг и АРТ. Однако схемы АРТ с невирапином не являются преобладающими в Украине. В национальном клиническом протоколе лечения ВИЧ-инфекции у взрослых и подростков определены противопоказания к назначению схем с невирапином в терапии первого ряда, а именно: признаки прогрессирующей болезни печени (рецидивирующая желтуха, рецидивирующий асцит, печеночная энцефалопатия, повышенные уровни АЛТ в 3 раза, сравнительно с нормой), фиброз печени III или IV степени по результатам биопсии, уровень показателя лимфоцитов CD4 выше 250 мкл-1 для женщин и выше 400 мкл-1

обследования, рекомендуем включать в схему АРТ для ВГВ ламивудин (ЗТС). Более выраженные изменения биохимических показателей (превышение уровня АЛТ в 3–4 раза верхней границы нормы) заставляет обсуждать включение в схему нелфинавира. Имеются единичные клинические наблюдения весьма эффективного применения для коинфицированных пациентов тенофовира.

Более значительное повышение уровня АЛТ существенно ограничивает возможность назначения АРТ, так как сужает «терапевтический коридор» для применения препаратов. Чем с более высоким показателем АЛТ мы начинаем терапию, тем мы ближе находимся к степени токсичности 4, что является основанием для безусловного прекращения АРТ.

В Кыргызстане при появлениях признаков гепатотоксичности невирапин заменяется на эфавиренц. При наличии маркеров ВГВ или ВГС препаратом выбора является эфавиренц.

В Казахстане не применяется невирапин для лечения пациентов с ВИЧ и ТБ, если в схеме лечения ТБ используется рифампицин. Других особенностей в ведении больных, получающих невирапин, нет.

В Индонезии большинство пациентов начинают терапию невирапином без ограничений, кроме тех случаев, когда базовый уровень ФПП был у них очень высок. При повышенных ФПП (иногда даже меньше чем 3 ВПН), часто даже в бессимптомных случаях, у врачей возникает «паника», и следует тщательнее обучать их в вопросах риска. Все больше фактов свидетельствуют о том, что даже очень высокий показатель ФПП не должен вызывать тревогу, если это бессимптомный случай. Необходим постоянный и тщательный мониторинг. Кроме того, мы должны рассказывать пациентам, каких симптомов следует опасаться. Прекращение терапии может быть более опасным, чем продолжение лечения под наблюдением.

Южная Африка. Если пациент болен хроническим гепатитом В, мы применяем антиретровирусную терапию на основе ЗТС. В конце концов большинство пациентов все равно переходит на эту схему. ЗТС является элементом схемы лечения первого ряда, и вы получаете два в одном!

Лечите ли вы ВГС у своих пациентов? Доступен ли интерферон/рибавирин для пациентов на продвинутой стадии ВГС?

В Украине зарегистрированы все виды интерферонов (включая простые и пегилированные формы, как брендовые, так и генерические), а также рибавирин (под разными торговыми марками). Однако опыт лечения ограничен вследствие отсутствия возможности бесплатного для пациента

доступа к необходимому обследованию и препаратам. В случае коинфекции ВИЧ/ВГС лечение, как правило, недоступно, также недоступно бесплатное для пациента обследование в связи с ВГС (качественное определение РНК ВГС, генотипа вируса, уровня вирусной нагрузки, определение степени фиброза на основе данных биопсии печени). Современные препараты для лечения очень дороги, поэтому обычные граждане Украины практически не имеют возможности получать лечение. Однако существует ограниченный опыт лечения единичных пациентов на продвинутой стадии ВГС с использованием пегилированного интерферона альфа-2а или альфа-2bв сочетании с рибавирином за средства самого пациента (крайне редко) или за средства благотворительных фондов (редко).

В Российской Федерации зарегистрированы два брендовых пегилированных интерферона и обычные интерфероны, несколько генериков не пегилированного интерферона, бренды и генерики рибавирина. Имеющаяся модель страхового обеспечения не покрывает затраты на медикаменты. Таким образом, несмотря на наличие в аптеках указанных препаратов, пациенты не имеют возможности приобрести их из-за высокой стоимости. В нашей клинике нам удается проводить лечение преимущественно не пегилированным интерфероном + рибавирином нескольких (до 5–6) коинфицированных пациентов ВИЧ/ВГС в год, а также 1, максимум 2 пациентов по схеме пегилированный интерферон + рибавирин. Все обследование и лечение для таких пациентов бесплатное.

В Кыргызстане лечение коинфекции ВГС/ВИЧ отсутствует в связи с недоступностью противовирусных препаратов из-за их дороговизны. При наличии клинико-лабораторных нарушений функции печени проводится патогенетическая и симптоматическая терапия. Интерфероны и рибавирин в стране зарегистрированы.

В Казахстане также зарегистрированы все виды интерферонов (включая простые и пегилированные формы), однако опыта лечения ВГС у ВИЧ-позитивных людей нет по тем же причинам, что и в Украине, и Кыргызстане.

В Таджикистане все виды интерферонов не зарегистрированы, из-за дороговизны препаратов лечение ВГС не проводится.

Приходилось ли кому-либо из вас вести пациентов, у которых АРТ давала позитивные результаты, а болезнь печени при этом прогрессировала? Как вы вели болезнь печени в таких случаях?

Украина. Да, приходилось. Часто доступны только гепатопротекторы. Крайне редко приме-

нялись противовирусные препараты для лечения ВГС. В связи с применением ЗТС (ламивудина) в схемах первого ряда вопрос с лечением ВГВ, возможно, не является таким острым. Однако отмечались случаи прогрессирования болезней печени, на фоне АРТ и/или лечения туберкулеза. Кроме того, мы наблюдали нередко повышение активности хронических вирусных гепатитов в качестве проявления синдрома реконституции иммунной системы на фоне АРТ.

Российская Федерация. Да, это реальная проблема, которая стоит перед врачами, имеющими пациентов, преимущественно заразившихся из-за внутривенного употребления наркотиков. Одному из пациентов с прогрессирующей формой ВИЧ-инфекции на фоне цирроза печени вирусной этиологии мы не назначали терапию, пока он не прошел курс патогенетической терапии, включая переливание белковых растворов, было выполнено эндоскопическое лигирование расширенных вен пищевода, в дальнейшем назначена АРТ. На фоне терапии отмечалось значительное улучшение относительно ВИЧ-инфекции – увеличение количества клеток CD4, веса, улучшение общего самочувствия, но в течение последних 4 месяцев произошли два кровотечения из расширенных вен желудка, и последнее из них имело фатальные последствия.

Другой клинический случай: у пациента с хроническим ВГС наблюдалось постоянное повышение уровня АЛТ, не позволяющее продолжать терапию на фоне трех (!) различных схем АРТ. Были вынуждены остановить АРТ по причине токсичности 4 степени, сейчас начата терапия пегилированным интерфероном + рибавирином.

В Кыргызстане случаи прогрессирования ВГС на фоне АРТ не отмечались из-за кратковременности наблюдений. Проводится регулярный мониторинг печеночных тестов у больных с сопутствующим хроническим вирусным гепатитом.

Казахстан. Приходилось. При этом доступно лечение только гепатопротекторами. Также при применении ламивудина в схемах первого ряда вопрос с ВГВ не является острым. Противовирусная терапия больных с коинфекцией ВГС в Казахстане не проводилась.

Южная Африка. В таких случаях мы проводим полное обследование, включая биопсию печени +/- эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХП) по медицинским показаниям. Затем проводится симптоматическое лечение.

Как вы ведете цирроз и конечную стадию болезни печени? Существуют ли особые мнения относительно применения паллиативного ухода?

Украина. Трансплантация печени для ВИЧ-инфицированных пациентов в Украине недоступна (впрочем, доступ к трансплантации в конечных стадиях болезни печени ограничен и для всех других граждан Украины). Что касается паллиативного ухода (особенно вопросов купирования болевого синдрома с применением наркотических средств), то существующие в настоящее время организационные и материальные проблемы в системе здравоохранения, а также стигма и дискриминация ВИЧ-позитивных людей и ПИН не позволяют обеспечивать адекватную паллиативную помощь. Ведение пациента с циррозом печени сводится к периодическому контролю анализов крови, возможно также применение симптоматических методов лечения во время краткосрочных госпитализаций в стационар для облегчения страданий.

Российская Федерация. Практически это нерешенный вопрос. В основном в этих случаях применяется симптоматическая и патогенетическая терапия, которая проводится преимущественно в условиях стационара (при согласии пациента). Сложностей при госпитализации по опыту нашего города не возникает, но, вероятнее всего, это исключение из правил. Служба хосписов пока только развивается в РФ, маловероятно, что ВИЧ-инфицированного пациента на терминальной стадии процесса примут в хоспис. Имеется опыт Санкт-Петербурга по созданию в структуре Центра СПИДа стационарного хосписного отделения. Абсолютное большинство врачей поддерживает целесообразность более широкого развития хосписов и паллиативной помощи, в том числе и на дому.

В Кыргызстане, Казахстане и Таджикистане в связи с ограничением материальных ресурсов лечение конечной стадии цирроза печени и оказание паллиативной помощи практически не проводится.

Южная Африка. Врачи предписывают следующее общее лечение цирроза: лактулоза, тиамин и мультивитамины. Лактулоза (бета-галактосидофруктоза) способствует связыванию в кишечнике таких токсинов, как аммиак, а также выводу их из организма.

Типичной для цирроза печени является острая нехватка тиамина. Добавление тиамина и мультивитаминов помогает нейтрализовать любую нехватку питательных веществ и способствует заживлению поврежденных тканей печени.

Морфий (лекарство, которое может предлагаться онкологическим пациентам с сильной болью) на 98 % усваивается печенью. Таким образом, существует определенное беспокойство, что у пациентов на конечной стадии болезни печени могут возникнуть серьезные проблемы с усвоением морфия. Но это не самая большая проблема, поскольку морфий может разлагаться на активные метаболиты, даже если в организме остается менее 1/8 дозы морфия. Поэтому боль можно легко контролировать.

Беспокойство возникает тогда, когда появляется печеночно-почечный синдром. Морфий почти полностью выделяется почками, поэтому в случае почечной недостаточности появляется необходимость регулировать дозу.

Последние данные об антиретровирусных препаратах и печеночной токсичности

Ни одно из имеющихся исследований не выявило оснований для отказа от АРТ у людей, имеющих сочетанную инфекцию ВИЧ и хронический гепатит В и/или С. Наоборот, отсрочка и промедление с началом АРТ может привести к тому, что количество клеток CD4 снизится настолько, что это станет гораздо более серьезным поводом для беспокойства.

Дополнительная информация о гепатите В или С

Первый выпуск бюллетеня «Лечение ВИЧ/СПИД на практике» — «**Ведение пациентов с ко-инфекцией ВИЧ и гепатитов В и С**» <http://www.aidsalliance.kiev.ua/cgi-bin/index.cgi?url=/ru/library/our/hatip/index.htm>

Сеть снижения вреда Центральной и Восточной Европы (ССВЦЕ) в 2006 г. провела региональную консультацию по гепатиту С и потреблению наркотиков в новых странах ЕС и соседних государствах. На ней были разработаны рекомендации для дальнейших действий на национальном, международном и программном уровнях с целью создания эффективной и всесторонней стратегии относительно гепатита С. Далее ССВЦЕ планирует выпустить отчет о ситуации с гепатитом С среди

потребителей наркотиков в целевых странах, чтобы предоставить материал для адвокации. Также планируется издание брошюр с резюме отчета и рекомендаций.

За более подробной информацией о консультации обращайтесь на сайт ССВЦЕ (<http://www.ceehrn.org>) или к координатору проекта Симоне Меркинайте (simona@ceehrn.org).

Информационные листки для пациентов «Гепатит В», «Гепатит С», «Печень»

<http://www.aidsalliance.kiev.ua/cgi-bin/index.cgi?url=/ua/library/our/factsheets/index.htm>

Информация о гепатите С, диагностика, лечение, жизнь с гепатитом С <http://www.hcv.ru>

Журнал «Вирусные гепатиты» <http://hepatit.ru>

Часто задаваемые вопросы по гепатиту С <http://www.epid.ru/question2.html>

Детский благотворительный фонд помощи больным вирусными гепатитами и СПИД <http://www.childfond.ru/gepatit.html>

Вирусный гепатит С http://primer.ru/manuals/hepatits/o_vgc.htm

Хронический гепатит С http://primer.ru/manuals/hepatits/c_vgc.htm

Информационный буклет «ВИЧ и гепатит» (на русском языке)

<http://www.aidsalliance.kiev.ua/cgi-bin/index.cgi?url=/ru/library/our/hivnhep/index.htm>

Тематический путеводитель по вопросам гепатита С (на английском языке) <http://www.aidsmap.com/en/cats/07981BFE-2D6D-44E0-AE64-992E-0FE3B277.asp>

Информационный буклет «ВИЧ и гепатит» (на английском языке)

<http://www.aidsmap.com/en/docs/FA6438D2-C366-4552-87BA-14FF35B617A5.asp>

Консультативная группа «Лечение ВИЧ/СПИД на практике»

- Светлана Антоняк,** заведующая отделением СПИДа клиники Института эпидемиологии и инфекционных заболеваний им. Л.В. Громашевского, г. Киев, Украина
- Франсуа Вентер,** директор по клиническим вопросам проекта «Эссален стрит»,
(Francois Venter) г. Йоханнесбург, Южная Африка
- Халима Давуд,** госпиталь Короля Эдварда, г. Дурбан, Южная Африка
(Halima Dawood)
- Владимир Курпита,** медицинский специалист по ИППП/ВИЧ/СПИД,
странового офиса ВОЗ в Украине
- Константин Леженцев,** консультант Международной программы развития снижения вреда
Института открытого общества
- Кристина Махничева,** врач-инфекционист, директор госпитального отдела
НПО «Таис Плюс», Кыргызстан
- Владимир Мусатов,** заместитель главного врача по медицинской части, городская
инфекционная больница № 30 им. С.П. Боткина, г. Санкт-Петербург, РФ
- Адама Ндир,** сотрудник Национальной программы Сенегала по СПИДу
(Adama Ndir)
- Сергей Филиппович,** руководитель отдела лечения, закупок и управления поставками,
МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине»
- Татьяна Перепелица,** старший специалист по технической помощи в сфере лечения,
МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине»

Редактор: Лили Хайд

Литературный редактор: Людмила Недилько

Перевод: Владимир Изотов

Русскоязычную версию бюллетеня «Лечение ВИЧ/СПИД на практике» можно получить путем бесплатной электронной подписки на это издание. Пожалуйста, заполните бланк на сайте Международного Альянса по ВИЧ/СПИД в Украине (<http://www.aidsalliance.org.ua/namsubscribe/>).

На сайте Альянса вы также сможете подписаться на «Информационные листки для пациентов».

Чтобы отписаться от рассылки «Лечение ВИЧ/СПИД на практике», отправьте пустой e-mail по адресу hatip-list-unsubscribe@aidsalliance.org.ua

Мы будем благодарны за ваши комментарии к изданию «Лечение ВИЧ/СПИД на практике». Пожалуйста, направляйте их по адресу: hatip@aidsalliance.org.ua.