

ЛЕЧЕНИЕ КОМОРБИДНОГО ПАЦИЕНТА С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ВИЧ-СТАТУСОМ И ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ В ИСХОДЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С

Л.Н. Афтаева^{1, 2}, В.Л. Мельников¹, Т.В. Ромашова¹, М.С. Кочергина¹, Я.С. Будникова¹, А.А. Галиуллина¹

¹ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», Медицинский институт (Пенза, Российская Федерация)

²ООО ЦКМ «МедМикс» (Пенза, Российская Федерация)

Для цитирования: Афтаева Л.Н., Мельников В.Л., Ромашова Т.В., Кочергина М.С., Будникова Я.С., Галиуллина А.А. Лечение коморбидного пациента с положительным ВИЧ-статусом и циррозом печени в исходе хронического гепатита С. *Аспирантский вестник Поволжья*. 2025;25(1):12-17. DOI: <https://doi.org/10.35693/AVP677134>

■ Сведения об авторах

*Афтаева Лариса Николаевна – канд. мед. наук, доцент кафедры микробиологии, эпидемиологии и инфекционных болезней; заведующая отделением. ORCID: 0000-0003-4308-9597 E-mail: l.aftaeva@mail.ru

Мельников В.Л. – д-р мед. наук, заведующий кафедрой микробиологии, эпидемиологии и инфекционных болезней. ORCID: 0000-0002-2175-5547 E-mail: biobez@yandex.ru

Ромашова Т.В. – студентка. ORCID: 0009-0002-1948-3607 E-mail: 6764552@mail.ru

Кочергина М.С. – студентка. ORCID: 0009-0000-5923-8214 E-mail: marinakozh39@mail.ru

Будникова Я.С. – студентка. ORCID: 0009-0005-8893-7491 E-mail: yanochkabud2002@mail.ru

Галиуллина А.А. – студентка. ORCID: 0009-0004-2313-9715 E-mail: alinochka.galiullina@inbox.ru

*Автор для переписки

■ Список сокращений

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека; ВААРТ – высокоактивная антиретровирусная терапия; ХГС – хронический вирусный гепатит; ПАВ – психоактивное вещество; ПВТ – противовирусная терапия; УВО – устойчивый вирусологический ответ; АРВТ – антиретровирусная терапия; ЧДД – частота дыхательных движений; ЧСС – частота сердечных сокращений.

Получено: 08.02.2025

Одобрено: 12.03.2025

Опубликовано: 17.03.2025

■ Аннотация

Коморбидное состояние оказывает дополнительное негативное влияние на исход заболеваний, пациенты отличаются сниженным иммунитетом. Наличие хронического гепатита С и одновременно вируса иммунодефицита человека ассоциируется с более высоким риском прогрессирования заболеваний и развитием цирроза печени. В подобных ситуациях порядок назначения лечения устанавливается индивидуально, исходя из текущего статуса.

В статье представлен клинический случай противовирусного лечения пациента, инфицированного вирусом иммунодефицита человека и циррозом печени в исходе хронического вирусного гепатита С. Пациентка обратилась на амбулаторный прием к инфекционисту в состоянии ближе к тяжелому. Из осложнений основного диагноза присутствовали портальная гипертензия, варикозное расширение вен пищевода, гепатолиенальный синдром, асцит, гидроторакс, гидроторакс. На момент консультации антиретровирусную терапию не получала.

Учитывая тяжесть проявления конкурирующих заболеваний и отсутствие приверженности к высокоактивной антиретровирусной терапии, первоначально тактика лечения направлена на стабилизацию общего состояния ввиду выраженного отечного синдрома. Использование препаратов с прямым противовирусным действием (велпатасвир и софосбувир) при лечении хронического вирусного гепатита С позволило достичь устойчивого вирусологического ответа. Приверженность к высокоактивной антиретровирусной терапии также была восстановлена. Путем поэтапного включения препаратов удалось добиться регресса симптомов, самочувствие и качество жизни пациентки значительно улучшились. Комбинированная терапия доказала свою эффективность.

Ключевые слова: хронический гепатит С, ВИЧ-инфекция, цирроз печени, коморбидность, противовирусное лечение, лекарственные препараты прямого противовирусного действия, устойчивый вирусологический ответ.

Конфликт интересов: не заявлен.

TREATMENT OF A COMORBID PATIENT WITH POSITIVE HIV STATUS AND CIRRHOSIS OF THE LIVER IN THE OUTCOME OF CHRONIC HEPATITIS C

Larisa N. Aftaeva^{1, 2}, Viktor L. Melnikov¹, Tatyana V. Romashova¹, Mariya S. Kochergina¹, Yana S. Budnikova¹, Alina A. Galiullina¹

¹Penza State University, Medical Institute (Penza, Russian Federation)

²MedMlix (Penza, Russian Federation)

Citation: Aftaeva LN, Melnikov VL, Romashova TV, Kochergina MS, Budnikova YaS, Galiullina AA. Treatment of a comorbid patient with positive HIV status and cirrhosis of the liver in the outcome of chronic hepatitis C. *Aspirantskiy vestnik Povolzhiya*. 2025;25(1):12-17. DOI: <https://doi.org/10.35693/AVP677134>

Information about authors

*Larisa N. Aftaeva – MD, Cand. Sci. (Medicine), Associate Professor of the Department of Microbiology, Epidemiology and Infectious Diseases; Head of Department. ORCID: 0000-0003-4308-9597 E-mail: l.aftaeva@mail.ru

Viktor L. Melnikov – MD, Dr. Sci. (Medicine), Head of the Department of Microbiology, Epidemiology and Infectious Diseases.

ORCID: 0000-0002-2175-5547 E-mail: biobez@yandex.ru

Tatyana V. Romashova – student. ORCID: 0009-0002-1948-3607 E-mail: 6764552@mail.ru

Mariya S. Kochergina – student. ORCID: 0009-0000-5923-8214 E-mail: marinakozh39@mail.ru

Yana S. Budnikova – student. ORCID: 0009-0005-8893-7491 E-mail: yanochkabud2002@mail.ru

Alina A. Galiullina – student. ORCID: 0009-0004-2313-9715 E-mail: alinochka.galiullina@inbox.ru

*Corresponding Author

Received: 08.02.2025

Accepted: 12.03.2025

Published: 17.03.2025

Abstract

The comorbid condition has an additional negative effect on the outcome of diseases; patients are characterized by reduced immunity. The presence of chronic hepatitis C and simultaneously human immunodeficiency virus is associated with a higher risk of disease progression and the development of liver cirrhosis. In such situations, the procedure for prescribing treatment is determined individually, based on the actual status.

The article presents a clinical case of antiviral treatment of a patient infected with human immunodeficiency virus and cirrhosis of the liver in the outcome of chronic viral hepatitis C. The patient went to an outpatient appointment with an infectious disease specialist in a condition closer to severe. The following complications to the main diagnosis were present: portal hypertension, esophageal varicose veins, hepatolienal syndrome, ascites, hydrothorax, and hydropericardium. At the time of the consultation, the patient had not received antiretroviral therapy.

Given the severity of the manifestation of competing diseases and the lack of adherence to highly active antiretroviral therapy, initially the treatment tactics were aimed at stabilizing the general condition due to the pronounced edematous syndrome. The use of drugs with direct antiviral effect velpatasvir and sofosbuvir in the treatment of chronic viral hepatitis C has allowed to achieve a stable virology response. Adherence to highly active antiretroviral therapy was restored. Gradual inclusion of drugs made it possible to achieve regression of symptoms. The patient's well-being and quality of life improved. The combined therapy showed its efficiency.

Keywords: chronic viral hepatitis C, HIV infection, cirrhosis of the liver, comorbidity, antiviral treatment, direct antiviral drugs, sustained virology response.

Conflict of interest: nothing to disclose.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Вопрос тактики ведения коморбидных пациентов является в клинической практике одним из самых сложных. В настоящий момент эпидемия вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) перешла в новую стадию – стадию коморбидных и тяжелых форм, которая сопровождается высокой летальностью, несмотря на применение высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ). Существование нескольких заболеваний видоизменяет классическую картину их течения, утяжеляет состояние больных, удлинит диагностический процесс, усложняет лечение, приводя к вынужденной полипрагмазии и резкому увеличению экономических затрат. Пандемия инфекции, вызываемой ВИЧ, развивается в мире более 40 лет. Кумулятивное число выявленных случаев ВИЧ-инфекции российских граждан, у которых были выявлены антитела к вирусу иммунодефицита человека с помощью иммуноблота, составляет 1 188 999 человек на 2023 год¹ [1, 2]. Общее число зарегистрированных ВИЧ-положительных граждан в России продолжает неумолимо расти, увеличивая резервуар инфекции среди населения. У семи из десяти ВИЧ-инфицированных встречаются вирусные гепатиты. Согласно данным ВОЗ, ежегодно фиксируется около миллиона новых случаев инфицирования вирусным гепатитом С [3]. Распространенность хронического вирусного гепатита С (ХГС) среди ВИЧ-инфицированных лиц в России составляет 40–90% в зависимости от группы риска. Гепатит С занимает пятое место среди причин смерти инфицированных ВИЧ в популяции [4]. В случае коинфекции ВИЧ/ХГС отмечается высокая (в 2–8 раз) концентрация рибонуклеиновой кислоты вируса гепатита С (РНК HCV)

в крови, тяжелое течение заболевания, более высокая частота (в 2–5 раз) и быстрое (через 10–20 лет) развитие цирроза печени, высокий риск декомпенсации цирроза печени и развития гепатоцеллюлярной карциномы [5, 6].

Современные противовирусные препараты для лечения коморбидных пациентов с ВИЧ-инфекцией и циррозом печени в исходе ХГС позволяют продлить жизнь пациенту на долгий срок, однако охват лечением остается недостаточным. Это объясняется низкой приверженностью пациентов к необходимой терапии, что требует разработки все новых тактик клинического наблюдения. Большая часть не приверженных ВААРТ больных являются потребителями психоактивных веществ (ПАВ). Согласно российским клиническим рекомендациям по ведению ВИЧ-инфицированных пациентов с ХГС, в том числе циррозом печени, чаще всего назначается пангенотипная противовирусная терапия (ПВТ) в течение 24 недель. К таким препаратам прямого противовирусного действия относятся велпатасвир/софосбувир из группы пангенотипных безинтерфероновых комбинаций, которая позволяет добиться устойчивого вирусологического ответа (УВО) в более чем 90% случаев [7–9].

В статье представлен клинический случай наблюдения ВИЧ-положительного пациента с коинфекцией ХГС с исходом в цирроз печени.

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Под наблюдением находилась пациентка А., 1987 года рождения (37 лет).

В 2012 году пациентке диагностирован хронический вирусный гепатит С. С 2016 года состоит на диспансерном

¹ Специализированный научно-исследовательский отдел по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора «ВИЧ-инфекция в Российской Федерации на 30 июня 2023 г.» [Электронный ресурс]. URL: <https://files.antispidnn.ru/uploads/docs/spec/vich2023.pdf> (дата обращения: 21.09.24).

учете в центре СПИД, где назначена ВААРТ первого ряда: долутегравир 50 мг, тенофовир 300 мг, ламивудин 300 мг 1 раз в сутки. Из эпидемиологического анамнеза было установлено, что долгие годы имело место употребление ПАВ и алкогольных напитков. Ранее пациентка проходила симптоматическое лечение ХГС в инфекционном отделении медико-санитарной части по месту жительства, состояние без положительной динамики.

11 сентября 2023 года экстренно госпитализирована и находилась на стационарном лечении в Пензенском областном клиническом центре специализированных видов медицинской помощи (ПОКЦСВМП). На фоне текущего статуса «ВИЧ-инфекция, стадия вторичных заболеваний (4А), фаза прогрессирования при отсутствии антиретровирусной терапии (АРВТ)» поставлен основной диагноз: цирроз печени класса В по Чайлда – Пью (8 баллов) в исходе хронического гепатита С смешанного и токсико-алиментарного генеза, субкомпенсация. Осложнение основного диагноза. Портальная гипертензия: варикозное расширение вен пищевода 2 степени по Шерцингеру, гепатолиенальный синдром, асцит. Печеночно-клеточная недостаточность с нарушением белково-синтетической функции печени и билирубинового обмена, гемостаза. Печеночная энцефалопатия 0-1 степени. Гидроторакс. Перикардиальный выпот. Сопутствующие заболевания: хронический пиелонефрит, хронический панкреатит, бронхиальная астма.

При поступлении состоянии пациентки средней степени тяжести. Телосложение нормостеническое, рост 162 см, вес 65 кг, индекс массы тела 24,8. Состояние ясное, ориентирована в пространстве. Кожные покровы бледные, на туловище верхних конечностей экхимозы диаметром до 2 см. Видимые слизистые оболочки суховаты, склеры чистые, зев не гиперемирован, язык обложен. Периферические лимфоузлы не увеличены. Визуально грудная клетка обычной формы, обе половины симметрично участвуют в акте дыхания. Аускультативно дыхание в легких везикулярное, ослабленное в нижних отделах, единичные хрипы в базальных отделах легких. Частота дыхательных движений (ЧДД) 19 в минуту. Сатурация 95%. Перкуторно границы сердца расширены влево на 1 см от среднеключичной линии. Тоны сердца при аускультации глухие, ритмичные, патологические шумы не определяются. Артериальное давление 120 и 70 мм рт. ст. ЧСС 88 в минуту. Живот симметричный, участвует в акте дыхания, увеличен в объеме за счет асцита, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины не момент осмотра не определяются. Печень увеличена, выступает из-под края реберной дуги на 8 см, границы печени по Курлову 18×17×13 (норма 10×9×8), печень плотная, бугристая, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Стул не осмотрен, со слов пациентки – без особенностей. Область проекции почек внешне не изменена, симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Диурез, со слов пациентки, не изменен.

По результатам общего анализа мочи от 12.09.23 г. выявлена лейкоцитурия (лейкоциты 15–20 в поле зрения), микрогематурия (эритроциты измененные 10–12, неизмененные 4–5 в поле зрения) и бактериурия.

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлен 3а генотип вируса гепатита С. Иммунограмма от 12.09.23 г.: CD3 – 576 в 1 мкл, CD4 – 325 в 1 мкл, CD8 – 116 в 1 мкл, CD4/CD8= 0,2, ПЦР на РНК HIV – 1,3 × 10³ копий/мл. По данным фиброэластографии, упругость ткани печени составляет F4 по шкале METAVIR – 12,5 кПа, что соответствует переходу в стадию цирроза печени, который неизлечим. Показатели общего и биохимического анализов крови пациентки А. представлены в **таблицах 1, 2**.

На электрокардиографии данных за острый коронарный синдром нет. Данные серологических анализов от 13.09.23 г. РМП на сифилис – отрицательный, ИФА на HbsAg – отрицательный, анти HVC положительный (Core+, NS3+, NS4+, NS5+). ИФА на anti toxo IgM – отрицательный, на anti toxo IgG – отрицательный, на anti CMV IgM – отрицательный, anti CMV IgG – 5.3 МЕ/мл, на anti HSV – отрицательный, anti HSV IgG – положительный (титр не указан), на anti EBV VCA IgM – отрицательный.

При проведении ультразвукового исследования (УЗИ) органов брюшной полости 13.09.23 г. выявлены признаки цирроза, спленомегалия, диффузные изменения паренхимы печени, почек и поджелудочной железы, признаки хронического холецистита. Размеры печени: КВР 183 мм (норма до 150 мм), ККР 110 мм (норма до 100 мм), контуры четкие, структура неоднородная, распространенность диффузная, эхогенность повышенная крупнозернистая с множеством гиперэхогенных очагов. Холедох 4 мм. Воротная вена 15 мм (норма до 12 мм). Селезенка: 140×76 мм (норма до 120×60 мм), контуры четкие ровные, эхогенность средняя, структура однородная. Селезеночная вена – 9 мм. Желчный пузырь: форма грушевидная, размеры 60×30 мм, стенка утолщена 3 мм, структура стенки однородная, содержимое эхонегативное, однородное. Поджелудочная железа: головка 23 мм, тело 16 мм, хвост 23 мм, эхогенность повышена, структура неоднородная, Вирсунгов проток не визуализируется. Почки: правая почка 110×53 мм, паренхима 10 мм; левая почка 117×61 мм, паренхима 14 мм;

Таблица 1 / Table 1

**Динамика лабораторных показателей пациентки А.
Dynamics of laboratory parameters of patient A.**

Параметр	Значения от 12.09.23	Значения от 27.09.23
Эритроциты	3,87×10 ¹² /л	3,83×10 ¹² /л
Цветовой показатель	1,04	1,05
Лейкоциты	7,5×10 ⁹ /л	5,2×10 ⁹ /л
Палочкоядерные	1%	4%
Сегментоядерные	74%	53%
Эозинофилы	1%	1%
Базофилы	1%	1%
Моноциты	5%	10%
Лимфоциты	18%	31%
Тромбоциты	101×10 ⁹ /л	117×10 ⁹ /л
СОЭ	50 мм/ч	59 мм/ч
Гемоглобин	134 г/л	134 г/л

Таблица 2 / Table 2

Лабораторные данные биохимического анализа крови пациентки А.**Laboratory data of biochemical blood analysis of patient A.**

Показатели	Значения от 12.09.23	Значения от 27.09.23
АЛТ	37,7 Ед/л	54,2 Ед/л
АСТ	61,8 Ед/л	69 Ед/л
Билирубин общий	24,5 мкмоль/л	12,2 мкмоль/л
Щелочная фосфатаза	111,0 ед/л	120,8 ед/л
Амилаза	83,1 Ед/л	124,6 Ед/л
Глюкоза	5,06 ммоль/л	8,94 ммоль/л
Мочевина	8,7 ммоль/л	11 ммоль/л
Креатинин	89,5 мкмоль/л	89,7 мкмоль/л
С-реактивный белок	14,09 мг/л	4,76 мг/л
ГГТ	211,2 ед/л	177,5 ед/л
Общий белок	97 г/л	74,4 г/л
Альбумин	32 г/л	33 г/л
СА	2,36 ммоль/л	2,09 ммоль/л

положение типичное, подвижность сохранена, контуры четкие ровные, структура неоднородная, экзогенность средняя, образований не выявлено, чашечно-лоханочная система не расширена.

УЗИ плевральных полостей от 13.09.23 г. диагностирует признаки двустороннего плеврального выпота. Правый плевральный синус, диастаз 40 мм, объем свободной жидкости около 300 мл; левый плевральный синус, диастаз 44 мм, объем свободной жидкости около 350 мл.

По данным ЭхоКГ сердца от 14.09.23 г. выявлен малый гидроперикардит. Листки перикарда уплотнены, утолщены, ограничены в движении, наличие свободной жидкости в полости перикарда до 30 мл. Далее с диагностической целью 27.09.23 г. проведена плевральная пункция для посева на грибковую флору, результат отрицательный.

Микроскопия мокроты на КУМ №3 от 13.09.23 г. – отрицательный. Мокрота на пневмоцисты методом ПЦР – пневмоциста не выделена. Общий анализ мокроты от 18.09.23 г.: лейкоциты 80–100 в поле зрения. Исследования соскоба полости рта на дрожжевые грибы от 16.09.23 г. – отрицательно.

При проведении эзофагогастродуоденоскопии 13.09.23 г. выявлено варикозное расширение вен пищевода 4-5 мм, что соответствует 2 степени по Шерцингеру.

На спиральной компьютерной томографии (КТ) 13.09.23 г. органов брюшной полости картина диффузных изменений печени (больше данных за цирроз). Гепатомегалия. Спленомегалия. Признаки перихолецистита. Кистозное образование правого яичника. Обнаружен обызвествленный миоматозный узел матки. Увеличение единичных абдоминальных лимфатических узлов. КТ органов грудной клетки без контрастного усиления с толщиной срезов 0,6 мм с последующими мультипланарными реконструкциями. Дисковидный ателектаз в средней доле правого легкого, утолщение переднего и заднего отделов косой междолевой плевры справа до 3 мм, свободная жидкость в правой плевральной области – 44 мм, в левой – 46 мм. Перикардальный

выпот с диастазом до 6 мм. КТ головного мозга: данных за острое нарушение мозгового кровообращения, объемных образований на момент исследования не выявлено, признаки атеросклероза церебральных сосудов.

Во время пребывания в инфекционном отделении круглосуточного стационара ПОКЦСВМП с 11.09.23 г. по 28.09.23 г. пациентка получала следующую терапию: цефтриаксон внутримышечно 1 г 2 раза в день, 5% раствор декстрозы с 5% аскорбиновой кислотой внутривенно капельно 400 мл/сутки, фуросемид 80 мг/сутки, глицирризиновая кислота 35 мг в сочетании с урсодезоксихолевой кислотой 250 мг 3 раза в день, панкреатин 150000 ЕД/сутки, омепразол 20 мг 2 раза в день во время еды. Улучшения не наблюдалось.

25.11.2023 г. пациентка А. обратилась на амбулаторный прием к инфекционисту с жалобами на выраженную одышку, слабость, быструю утомляемость, отеки в области нижних конечностей, увеличение живота в объеме, кровотоочивость десен. Состояние больной ближе к тяжелому. Передвигается с помощью сестры. Температура 37,2°C. Сатурация 95%. Уровень сознания по Глазго 15 баллов. Менингеальных и очаговых симптомов на момент осмотра не обнаружено. В пространстве и времени ориентирована правильно. При осмотре отмечается бледность кожных покровов, одышка в покое, выраженный отечный синдром: отеки в области стоп, голеней, единичные экхимозы. В легких жесткое дыхание, ослабленное в нижних отделах за счет двустороннего гидроторакса. Живот значительно увеличен в объеме за счет асцита. Печень на 10 см выступает из-под края реберной дуги, плотная, бугристая. Селезенку пропальпировать не удается из-за асцита. Стул оформлен. Диурез сохранен. На момент консультации ВААРТ не получала. Цель своего обращения пациентка объяснила желанием излечить ХГС. С пациенткой проведена беседа о необходимости приема АРВТ препаратов.

Учитывая тяжесть состояния пациентки и проявление конкурирующих заболеваний, отсутствие приверженности к ВААРТ, первоначальная терапия выбрана на стабилизацию общего состояния ввиду выраженного отечного синдрома. В связи с отсутствием доступа к периферическим венам введение альбумина человека не представлялось возможным. Рекомендована коррекция диеты, ограничение соли, объем жидкости в сутки не более 500 мл, спиринолактон 150 мг/сутки, торасемид 10 мг один раз в сутки, орнитин 3 пакетика гранул в сутки – растворенных в воде, три раза в день после еды, калия и магния аспарагинат 175+175 мг по 2 таблетки три раза в день. Перед назначением ПВТ по ХГС необходимо заменить тенофовир в АРВТ, находящийся в желтой зоне совместности с велпатасвиром/софосбувиром.

На фоне лечения у пациентки наблюдалась положительная динамика. При повторном приеме через 1 месяц в декабре 2023 года пациентка отметила значительное улучшение самочувствия и уменьшение одышки (купирована в покое), уменьшение объема живота. По данным УЗИ брюшной полости диагностировались признаки малого асцита. Купирован отечный синдром в области нижних конечностей. После стабилизации состояния пациенткой возобновлен прием препаратов ВААРТ: ламивудин 300 мг, абакавир

600 мг, долутегравир 50 мг ежедневно. Инфекционистом назначена ПВТ ХГС препаратами прямого противовирусного действия в комбинации велпатасвир 100 мг и софосбувир 400 мг ежедневно курсом 24 недели. Также рекомендовано отменить торасемид, продолжить прием спиронолактона 150 мг/сутки, орнитина 3 пакетика три раза в день после еды, ограничить соль и объем выпитой жидкости.

На фоне противовирусной терапии пациентка А. осмотрена через 3 месяца в марте 2024 года. С начала лечения клинически стабильна. Состояние удовлетворительное, с положительной динамикой, одышка купирована, сохраняется небольшая кровоточивость десен. Со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной, мочеполовой систем патологические изменения отсутствуют. Живот мягкий, безболезненный. Селезенка на 3 см пальпируется из-под края реберной дуги. Печень выступает из-под края реберной дуги на 8 см. По данным осмотра и УЗИ органов брюшной полости, асцит купирован, сохраняется гепатоспленомегалия. УЗИ сердца: выпот в перикардиальной полости отсутствует. Приверженность к ВААРТ и ПВТ сохраняется.

Через 3 месяца после отмены ПВТ по ХГС 03.08.24 г. пациентка осмотрена, достигнут устойчивый вирусологический ответ по ХГС и неопределяемый уровень РНК HIV. Состояние удовлетворительное, отсутствует отечный синдром, восстановился аппетит, одышка купирована. При осмотре сохраняется гепатоспленомегалия. По результатам обследования в общем анализе сохраняется тромбоцитопения – 101×10^9 Ед/мкл. По данным биохимического исследования крови цитолитический синдром купирован (АЛТ – 25,5 Ед/мл, АСТ – 33,8 Ед/мл), отмечается нарастающее мочевины – 17,2 ммоль/л. ПЦР РНК HVC не обнаружен, РНК на HIV не определяется. Клинически значимых отеков, приводящих к частым госпитализациям, не наблюдается.

ОБСУЖДЕНИЕ

Клинический случай акцентирует внимание на особенностях тактики ведения коморбидных пациентов. Наиболее эффективная коррекция каждой из патологий позволяет улучшить продолжительность и качество жизни пациента. Коинфекция ВИЧ и ХГС приводит к увеличению частоты развития осложнений, в большинстве случаев цирроз печени представляет собой неблагоприятный исход развития хронических вирусных гепатитов, характер течения ХГС более агрессивный, преобладают выраженные воспалительные и фибротические процессы в печени, усиленные темпами замещения гепатоцитов клетками соединительной ткани [10, 11]. У ВИЧ-инфицированных пациентов

прогрессирование поражения печени обусловлено повышением концентрации вируса в крови (в 2–8 раз) на фоне выраженного иммунодефицита. Риск перехода хронического гепатита С в цирроз печени у больных с коинфекцией в пять раз выше. Пациенты с ХГС и коинфекцией ВИЧ относятся к группе, требующей безотлагательной ПВТ ХГС [12, 13]. Принципы терапии цирроза печени у ВИЧ-инфицированных пациентов предусматривают одновременное решение нескольких задач, таких как предупреждение дальнейшего прогрессирования патологического процесса, купирование осложнений и предупреждение появления оппортунистических инфекций.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленный клинический случай коморбидного пациента с конкурирующими заболеваниями демонстрирует успешную тактику лечения у ВИЧ-позитивного пациента с циррозом печени в исходе ХГС. Коинфекция требует грамотно составленной терапии, позволяющей разорвать порочные круги патогенеза, возникающие в результате комбинированных нарушений нескольких систем организма. В подобных ситуациях порядок назначения лечения устанавливается индивидуально, с учетом оценки уровня прогрессии и степени тяжести обоих заболеваний, создающих коморбидный фон. Доказана эффективность препаратов прямого противовирусного действия (велпатасвир 100 мг и софосбувир 400 мг) у пациентов с коморбидной патологией, что может заметно увеличить частоту устойчивого вирусологического ответа у пациентов, инфицированных вирусом гепатита С, включая пациентов с коинфекцией ВИЧ и пациентов с прогрессирующим заболеванием печени.

Путем поэтапного включения препаратов у пациентки А. удалось добиться значительного регресса симптомов, самочувствие и качество жизни значительно улучшились. Считаем справедливым заметить, что на фоне терапии у пациентки наблюдалось стойкое желание к излечению, способствующее получению успешных результатов.

Если пациентка сохранит прием ВААРТ по ВИЧ-инфекции и откажется от приема ПАВ и алкогольных напитков, дальнейший прогноз будет иметь более благоприятную картину. На фоне восстановления высокоактивной антиретровирусной терапии по ВИЧ-инфекции и противовирусной терапии по лечению хронического гепатита С выявлено достижение устойчивого вирусологического ответа по ХГС и неопределяемого уровня рибонуклеиновой кислоты вируса иммунодефицита человека по данным ПЦР.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Sokolova EV, Ladnaya NN, Pokrovsky VV, et al. Influence of antiretroviral therapy on the development of the HIV epidemic in the Russian Federation. *Epidemiology and infectious diseases*. 2023;3:6-20. [Соколова Е.В., Ладная Н.Н., Покровский В.В., и др. Влияние антиретровирусной терапии на развитие эпидемии ВИЧ-инфекции в Российской Федерации. *Эпидемиология и инфекционные болезни*. 2023;3:6-20]. DOI: [10.18565/epidem.2023.13.3.20-6](https://doi.org/10.18565/epidem.2023.13.3.20-6)
2. Vertkin AL. *Comorbid patient*. М., 2015. (In Russ.). [Верткин А.Л. *Коморбидный пациент*. М., 2015].
3. Ladnaya NN, Pokrovsky VV, Sokolova EV. The epidemic situation of HIV infection in the Russian Federation in 2022. *Epidemiology and infectious diseases*. 2023;3:13-19. [Ладная Н.Н., Покровский В.В., Соколова Е.В. Эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции в Российской Федерации в 2022 г. *Эпидемиология и инфекционные болезни*. 2023;3:13-19]. DOI: [10.18565/epidem.2023.13.3.13-9](https://doi.org/10.18565/epidem.2023.13.3.13-9)
4. Pokrovsky VV. *HIV infection and AIDS. National leadership*. М., 2020. (In Russ.). [Покровский В.В. *ВИЧ-инфекция и СПИД. Национальное руководство*. М., 2020].

5. Chernova OE, Kalysheiko AM, Vertogradova GA. Analysis of the results of antiviral therapy of HCV at the stage of liver cirrhosis in patients with HIV infection. *Infectious diseases*. 2022;20:57-62. [Чернова О.Э., Калышенко А.М., Вертоградова Г.А. Анализ результатов противовирусной терапии ХГС на стадии цирроза печени у пациентов с ВИЧ-инфекцией. *Инфекционные болезни*. 2022;20:57-62]. DOI: [10.20953/1729-9225-2022-1-57-62](https://doi.org/10.20953/1729-9225-2022-1-57-62)
6. Bakulin IG, Oganezova IA, Skalinskaya MI, Skazyvaeva EV. Cirrhosis of the liver and risk management of complications. *Therapeutic Archive*. 2021;93(8):963-968. [Бакулин И.Г., Оганезова И.А., Скалинская М.И., Сказываева Е.В. Цирроз печени и управление рисками осложнений. *Терапевтический архив*. 2021;93(8):963-968]. DOI: [10.26442/00403660.2021.08.200917](https://doi.org/10.26442/00403660.2021.08.200917)
7. Sirota NA, Yushchuk ND, Fedyaeva ON. The problem of low adherence to ART in patients with HIV infection and ways to identify them. *Clinical and medical psychology: research, training, practice*. 2014;3:42-46. (In Russ.). [Сирота Н.А., Ющук Н.Д., Федяева О.Н. Проблема низкой приверженности АРВТ у больных с ВИЧ-инфекцией и способы их выявления. *Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика*. 2014;3:42-46].
8. Clinical recommendations «HIV infections in adults». (In Russ.). [Клинические рекомендации «ВИЧ-инфекции у взрослых»]. URL: http://disuria.ru/_id/10/1007_kr20HIVOldMZ.pdf?ysclid=m0ztdsn3x8295220747
9. Aftaeva LN, Melnikov VL, Voronina AA, et al. Pangenotypic therapy with direct antiviral drugs in patients with chronic viral hepatitis C. *Modern problems of science and education*. 2024;3. [Афтаева Л.Н., Мельников В.Л., Воронина А.А., и др. Пангенотипная терапия препаратами прямого противовирусного действия у больных с хроническим вирусным гепатитом С. *Современные проблемы науки и образования*. 2024;3]. DOI: [10.17513/spno.33502](https://doi.org/10.17513/spno.33502)
10. Martin JC, Castilla J, Lopez M, et al. Impact of chronic hepatitis C on HIV-1 Disease Progression. *HIV Clinical Trials*. 2015:124-131. DOI: [10.1310/YFV8-FE5K-5LN9-DQ4C](https://doi.org/10.1310/YFV8-FE5K-5LN9-DQ4C)
11. Sanmartín R, Tor J, Sanvisens A, et al. Progression of liver fibrosis in HIV/hepatitis C viruscoinfected individuals on antiretroviral therapy with early stages of liver fibrosis at baseline. *HIV Med*. 2014;15(4):203-212. DOI: [10.1111/hiv.12105](https://doi.org/10.1111/hiv.12105)
12. Clinical recommendations “Cirrhosis and fibrosis of the liver”. М., 2023. [Электронный ресурс]. URL: <https://rsls.ru/files/KRF2023.pdf>
13. Clinical recommendations “Chronic hepatitis C in HIV-infected adults”. М., 2015. [Электронный ресурс]. URL: <https://arvt.ru/sites/default/files/nnoi-hcv-hiv2015.pdf>

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ	ADDITIONAL INFORMATION
Источник финансирования. Работа выполнена по инициативе авторов без привлечения финансирования.	Study funding. The study was the authors' initiative without external funding.
Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с содержанием настоящей статьи.	Conflict of interest. The authors declare that there are no obvious or potential conflicts of interest associated with the content of this article.
Участие авторов. Афтаева Л.Н., Мельников В.Л. – концепция работы, редактирование рукописи. Ромашова Т.В., Кочергина М.С., Будникова Я.С., Галиуллина А.А. – написание текста, сбор, анализ и интерпретация данных. Все авторы одобрили финальную версию статьи перед публикацией, выразили согласие нести ответственность за все аспекты работы, подразумевающую надлежащее изучение и решение вопросов, связанных с точностью или добросовестностью любой части работы.	Contribution of individual authors. Aftaeva L.N., Melnikov V.L.: concept of the work, editing of the manuscript. Romashova T.V., Kochergina M.S., Budnikova Y.S., Galiullina A.A.: writing of the text, collecting, analyzing and interpreting of data. All authors gave their final approval of the manuscript for submission, and agreed to be accountable for all aspects of the work, implying proper study and resolution of issues related to the accuracy or integrity of any part of the work.
Информированное согласие на публикацию. Авторы получили письменное согласие пациентки на публикацию в журнале медицинских данных и изображений в обезличенной форме.	Consent for publication. Written consent was obtained from the patient for publication of relevant medical information and all of accompanying images within the manuscript in journal.