ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ ТА ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ ІМЕНІ Л.В. ГРОМАШЕВСЬКОГО АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ"

ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА

ЕПІДЕМІОЛОГІЯ • МІКРОБІОЛОГІЯ • ВІРУСОЛОГІЯ
ПАРАЗИТОЛОГІЯ • ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ

Заснований у 1922 році
Поновлений у 2007 році

№2 (14)/2011

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ
Видається щоквартально
Свідоцтво про державну реєстрацію КВ №13720-2694 ПР від 05.03.2008 р.

ЗМІСТ

Колонка редактора 3

НАШІ ЮВІЛЯРИ

Хижняк М.І. (до 75-річчя від дня народження) 4

Хайтович А.Б.
Научные достижения за 40-летний период деятельности Украинской противочумной станции 6

ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Салманов А.Г.
Моніторинг за резистентністю мікроорганізмів до антибіотиків, як необхідна складова епіднагляду за внутрішньолікарняними інфекціями 9

Гураль А.Л., Мариевский В.Ф., Сергеева Т.А., Шагинян В.Р., Рубан О.Н.
Теоретические и практические основы эпидемиологического надзора за гепатитами В и С 17

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Іванська Н.В.
Значення антигенної мімікрії при виявленні антитіл до вірусу імунодефіциту людини у сироватках крові хворих на цукровий діабет 28

Мариевский В.Ф., Шагинян В.Р., Гураль А.Л., Сергеева Т.А., Садкова А.Б., Лисецкая В.И.
Оценка эффективности вакцинации медицинских работников против гепатита В 35

Доан С.И., Савчук А.И., Гладкая Е.А., Мотыка Е.И., Манина Ж.Н., Гандей В.Р.
Rapd-анализ в изучении генетической гетерогенности *Corynebacterium diphtheriae* 39

Київ • 2011

Коршенко В.О., Кириченко Т.С
Дослідження ефективності та безпечності противірусного лікування хронічного гепатиту С у ВІЛ-інфікованих пацієнтів 44

Піддубна А.І., Чемич М.Д.
Сучасні тенденції епідемічного процесу ВІЛ-інфекції на Сумщині 49

Попова Н.А., Закусило В.М., Поздняков С.В
Особливості мікропопуляційних процесів при сумісному персистуванні декількох штамів вірусу грипу А в культурі клітин 53

Романенко Т.А., Колеснікова І.П., Єлисеєва І.В
Оптимізація епідеміологічного нагляду за кашлюком на основі сучасних лабораторних методів діагностики 57

Павленко А.Л., Хайтович А.Б., Коваленко И.С., Шварсалон Н.К.
Экорегиональные особенности энзоотичных территорий лептоспироза в Украине 63

Васильєва Н.А., Луцук О.С., Павлів О.В.
Еволюція епідемічного процесу лептоспірозу (за матеріалами Тернопільської області) 69

Поліщук Н.М., Севальнєв А.І., Волжин Ю.М., Коврига Н.Я., В'ялих Ж.Е.
Роль біологічних властивостей ієрсиній, циркулюючих на території Запорізької області, у формуванні епідемічного процесу 73

Малиш Н.Г., Авдєєва Л.В.
Епідеміологічні аспекти гнійних менінгітів у новонароджених недоношених дітей на сучасному етапі 76

Покас О.В., Поліщук О.І., Тодосійчук Т.С
Дія ферментного препарату "Циторецифен-М" на здатність до утворення біоплівок штамами *Pseudomonas aeruginosa* 81

Цыганенко А.Я., Сиплывый В.А., Конь Е.В
Изучение состава ассоциаций микроорганизмов — возбудителей инфекционных процессов различной локализации 86

ОГЛЯДИ, ЛЕКЦІЇ

Мокиенко А.В., Петренко Н.Ф., Гоженко А.И.
Адаптивная мультирезистентность бактерий: вклад в эволюцию эпидемического процесса 90

НЕКРОЛОГ

Памяті Васильевої В.Л. 96

© Державна установа "Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського АМН України", 2008 р

RAPD-АНАЛІЗ У ВИВЧЕННІ ГЕНЕТИЧНОЇ ГЕТЕРОГЕННОСТІ CORYNEBACTERIUM DIPHTHERIAE

С.І Доан[1], А.І. Савчук[2], О.А. Гладка[3], О.І. Мотика[4], Ж.М. Маніна[4], В.Р. Гайдей[4]
[1]ДУ "Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України"
[2]Одеський державний медичний університет
[3]Львівський науково-дослідний інститут епідеміології та гігієни МОЗ України
[4]Харківська медична академія післядипломної освіти

Проведено молекулярно-генетичне типування полімеразною ланцюговою реакцією з універсальним праймером № 45 (RAPD-ПЛР) 76 культур C. diphtheriae, які були виділені в різних регіонах України протягом 1998–2009 рр. від хворих на дифтерію та бактеріоносіїв. Встановлено, що досліджувані культури належали до 5 генетично відокремлених типів, питома вага яких складала 68,4%, 6,6%, 11,8%, 5,3% та 2,6% відповідно. Ще 5,3% культур biovarів mitis та belfanti належали до генетично відокремлених атипових ампліфікатів.

Ключові слова: *Corynebacterium diphtheriae, ПЛР, універсальні праймери.*

RAPD-PCR IN INVESTIGATION OF CORYNEBACTERIUM DIPHTHERIAE STRAINS GENETIC HETEROGENEITY

S.I. Doan[1], A.I. Sauchuk[2], O.A. Gladka[3], O.I. Motyka[4], G.N. Manina[4], V.R. Galdei[4]
[1]SI "Institute of Epidemiology and Infectious Diseases. L. Gromashevsky NAMN Ukraine"
[2]Odessa State Medical universytet
[3]Lviv Research Institute of Epidemiology and Hygiene Health Ukraine
[4]Kharkiv Medical Academy of Postgraduate osvity

Genetic polymorphism of 76 bacterial cultures of Corynebacterium diphtheriae was conducted by polymerase chain reaction with arbitrary primers (random amplification of polymorphic DNA PCR). The bacterial cultures were isolated from different regions of Ukraine in 1998–2009. It was determined that these cultures belong to 5 genetic isolated types, which was found with frequency 68,4%, 6,6%, 11,8%, 5,3% and 2,6% accordingly, still 5,3% of all bacterial cultures belonged to genetic isolated "atypical" amplificats, which accordingly to mitis and belfanti.

Key words: *Corynebacterium diphtheriae, random amplification of polymorphic DNA PCR.*

Рецензент: д. мед. н. С.Л. Рибалко

УДК [616.36–002:616.98]- 085.281

В.О. Коршенко, Т.С. Кириченко

ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ТА БЕЗПЕЧНОСТІ ПРОТИВІРУСНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ С У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ

Полтавський обласний Центр профілактики ВІЛ-інфекції та боротьби зі СНІД

Представлені результати лікування хронічного гепатиту С (ХГС) у ВІЛ-інфікованих пацієнтів, які отримують антиретровірусну терапію препаратами AZT/3TC EFV у порівнянні з результатами лікування хворих на ХГС. Стійка вірусологічна відповідь на специфічну терапію ХГС була досягнута у 83,3% ВІЛ-інфікованих пацієнтів, та 72,4% хворих на ХГС без ВІЛ-інфекції. У ВІЛ-інфікованих осіб, хворих на ГС, частіше реєструвались такі побічні ефекти, як депресія, схуднення, м'язовий біль, кашель, анемія, лейкопенія, що потребує індивідуальних підходів до їх лікування.

Ключові слова: хронічний гепатит С, противірусне лікування, ВІЛ-інфекція, АРТ.

Поширеність вірусних гепатитів, перш за все гепатиту С (ГС) серед людей, що живуть з ВІЛ (ЛЖВ) у Європейському регіоні, за оцінками ВООЗ, становить 40–90%. Серед всіх ВІЛ-інфікованих осіб у Європі, Австралії, США, як мінімум один з чотирьох інфікований вірусом ГС (ВГС) [9].

© В.О. Коршенко, Т.С. Кириченко

За сучасними даними, у 82,4% ВІЛ-інфікованих виявляються антитіла до ВГС (анти-ВГС) [7].

Розвиток ВІЛ-інфекції сприяє активній реплікації ВГС, що потребує постійного контролю за рівнем вірусного навантаження ВІЛ та ВГС [1]. Активність хронічного процесу у печінці зростає відповідно клінічної стадії ВІЛ-інфекції [3]. ВІЛ-інфекція обтяжує перебіг хронічного ГС (ХГС) та прискорює його прогресування до цирозу печінки (ЦП) та гепатоцелюлярної карциноми (ГЦК) [1, 3, 6, 7].

Сьогодні, в умовах розширення доступу до антиретровірусної терапії (АРТ), яка суттєво подовжує тривалість життя ЛЖВ, захворювання печінки виходять на провідні місця серед інших причин смерті ВІЛ-інфікованих [2, 7]. Противірусна терапія при ХГС спрямована на досягнення стійкої вірусологічної відповіді, попередження прогресування та зворотній розвиток ураження печінки [7, 10]. Це, у свою чергу, покращує прогноз, якість життя і здоров'я ВІЛ-інфікованих пацієнтів. За даними Н.Д. Ющук та співав. [8], наявність ВІЛ-інфекції не впливає на досягнення стійкої вірусологічної відповіді на противірусну терапію у хворих на ХГС.

Сучасні рекомендації передбачають проведення противірусної терапії ХГС у ВІЛ-інфікованих пацієнтів перед призначенням АРТ, якщо кількість СД-4 клітин перевищує 350 кл/мл, а для пацієнтів, які отримують АРТ, за можливості, заміну зидовудину, невірапіну, ефавірензу на інші препарати відповідних класів [4, 5, 7, 10]. Але, враховуючи обмеженість відповідних ресурсів, така заміна не завжди можлива.

Мета дослідження — удосконалити лікувальну тактику ХГС на підставі з'ясування особливостей клінічного перебігу, гематологічних, біохімічних, імунологічних показників у осіб, інфікованих ВІЛ та ВГС, які знаходяться на АРТ у схемі зидовудин/ламівудин ефавіренз (AZT/3TC EFV).

Матеріали і методи

Було обстежено дві групи хворих: ВІЛ-інфекція+ХГС (I група) — 12 осіб (чоловіків — 7, жінок — 5) віком від 30 до 38 років; ХГС-моноінфекція (II група) — 29 осіб (чоловіків — 15, жінок — 14) віком від 20 до 48 років. У пацієнтів I групи були різні клінічні стадії ВІЛ-інфекції: I та II стадії діагностовано у 2 (16,7%) осіб, III — у 6 (50,0%), IV — у 4 (33,3%).

За генотипом та тривалістю інфікування ВГС групи були рівноцінними. Діагнози ХГС та ВІЛ-інфекція лабораторно підтверджені виявленням антитіл до ВІЛ та ВГС методом ІФА; РНК HCV методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) з визначенням генотипу вірусу та вірусного навантаження.

Вірусне навантаження ВІЛ визначали методом ЗТ-ПЛР (Real Time HIV-1 фірми Abbout). Для оцінки стану клітинного імунітету визначали загальну кількість лейкоцитів, відносний вміст лімфоцитів та їх субпопуляцій CD3+, CD4+, CD45+ на проточному цитофлюориметрі FACSCailbur за допомогою програми MultiSET V1.1.2 Software.

Всім хворим проведено загальноклінічне обстеження, біохімічні дослідження, які включали визначення активності аланін- (АлАТ) і аспартатамінотрансфераз (АсАТ), проаналізовані дані амбулаторних карт. Для лікування ХГС призначався пегінтерферон α-2b у дозі 1,5 мкг/кг/тиждень підшкірно у комбінації з рибавіріном (ребетолом) в залежності від маси тіла протягом 24–48 тижнів. На момент призначення противірусного лікування ХГС 11 пацієнтів I групи (91,7%) знаходились на АРТ у схемі AZT/3TC/EFV.

Для статистичної обробки результатів дослідження використовували методи описової статистики — t-критерій Стьюдента. У випадках, коли результати мали дискретний характер розподілу, їх аналізували із застосуванням непараметричного методу — критерію Манна-Уітні. Відмінності вважали достовірними при $p < 0,05$.

Результати та їх обговорення

У ВІЛ-інфікованих пацієнтів на початку призначення противірусної терапії ХГС реєструвались такі клінічні симптоми та синдроми: астеноневротичний у 3 (25,0%), з проявами загальної слабкості, швидкої втомлюваності, больовий — у 8 (66,7%), що характеризувався важкістю та болем в правому підребір'ї, диспепсичний — у 3 (25%), лімфаденопатія — у 3 (25,0%), гепатомегалія — у 11 (91,7%), спленомегалія — у 2 (16,7%). У табл. 1 наведені, лабораторні показники у хворих I та II груп, що визначались на початку лікування.

У всіх хворих I групи відмічалось високе вірусне навантаження ВГС, у хворих II групи — у 11 (37,9%), а також вища активність АлАт (у 91,7% і 58,6% відповідно), що може свідчить про посилення реплікативної активності ВГС вірусом імунодефіциту людини.

Результати обстеження хворих I та II груп в процесі лікування на 4, 12 та 24–48 тижнях (закінчення лікування) наведені в табл. 2. На 4 тижні лікування показники АлАт відповідали нормі у 8 (66,7%) пацієнтів I та у 22 (76,0%) пацієнтів II групи,

Таблиця 1. Характеристика груп хворих на початку лікування ХГС

Показник	I група	II група
АлАт більше 40 од/л (%)	11 (91,7)*	17 (58,6)
РНК ВГС > 600 000 МО/мл (%)	12 (100)*	11 (37,9)
1-й генотип ВГС (%)	10 (83,3)	17 (58,6)
Гемоглобін, г/л	143,4±16,4	153,9±12,4
Тромбоцити, × 10^9/л	231,4±46,9	230,0±62,2
Лейкоцити, × 10^9/л	5,5±1,7	6,4±1,8

Примітка. * — при p<0,05 — різниця статистично вірогідна.

Таблиця 2. Динаміка лабораторних показників у пацієнтів I та II груп в окремі терміни лікування

Показник	4 тиждень лікування абс. к-ть (%)		12 тиждень лікування абс. к-ть (%)		Закінчення лікування абс. к-ть (%)	
	I група	II група	I група	II група	I група	II група
Кількість хворих	12	29	12	29	10	22
АлАт менше 40 од/л	8 (66,7)	22 (76,0)	10 (83,3)	24 (82,8)	10 (100)	22 (100)
РНК ВГС не виявляється	8 (66,7)	16 (55,2)	10 (83,3)	22 (75,8)	10 (100)	21 (95,4)
Анемія, гемоглобін менше 120	8 (66,7)*	6 (20,6)	7 (58,3)*	3 (10,3)	4 (40,0)*	0
Тромбоцитопенія, тромбоцити менше 150,0×10^9/л	4 (33,3)	10 (34,5)	2 (16,7)	6 (20,6)	2 (20,0)	4 (18,2)
Лейкопенія, лейкоцити менше 4,0×10^9/л	9 (75)*	9 (31,0)	11 (91,7)*	4 (13,7)	7 (70,0)*	1 (4,5)

Примітка. * — при p <0,05 — різниця статистично вірогідна.

на 12 тижні — у 10 (83,3%) та 24 (82,8%) відповідно. На момент закінчення лікування у хворих обох груп показники АлАт були у межах норми.

В цілому ефективність проведеної противірусної терапії виявилася високою в обох групах. Так, уже на 4 тижні ШВВ спостерігалася у 8 (66,7%) пацієнтів I та у 16 (55,2%) хворих II групи, на 12 тижні лікування РНК ВГС не виявлялась — у 10 (83,3%) пацієнтів I та 22 (75,8%) II групи. Стійка вірусологічна відповідь на лікування була отримана у 83,3% (10 пацієнтів) I групи та 72,4% (21 пацієнт) II групи.

Серед побічних ефектів противірусної терапії достовірно частіше у хворих I групи мала місце анемія. У процесі противірусного лікування ХГС з рибавірином, розвиток анемії у ВІЛ-інфікованих пацієнтів, що знаходились на АРТ з зидовудином, була зумовлена посиленням мієлотоксичності останнього. Корекція анемії у пацієнтів I групи проводилась епрексом 4000 Од 1 р. в 4 дні п/ш, зменшенням дози рибавірину до 600 мг/добу, а у 2-х пацієнтів, незважаючи на ці заходи, необхідно було замінити зидовудин на тенофовір. У пацієнтів II групи необхідності в корекції доз рибавірину та призначенні препаратів еритропоетину не було. Лейкопенія була зареєстрована у 9 (75%) пацієнтів I та 9 (31%) II групи на 4 тижні лікування, у 11 (91,7%) пацієнтів I та 4 (13,7%) пацієнтів II групи на 12 тижні лікування, та у 7 (70%) пацієнтів I та 1 (4,5%) II групи на 24–48 тижнях лікування. Але необхідності у відміні пег-інтрону не було.

У процесі лікування ВІЛ-інфікованих пацієнтів з ХГС спостерігалось зниження кількості СД-4 лімфоцитів, проте клінічних ознак прогресування ВІЛ-інфекції відмічено не було. Зменшення абсолютної кількості СД- лімфоцитів було пов'язано зі зменшенням загальної кількості лейкоцитів і лімфоцитів у крові.

Клінічні прояви побічної дії противірусної терапії достовірно частіше реєстрували у ко-інфікованих пацієнтів (табл. 3) та супроводжувались проявами псевдогрипозного синдрому у 66,7% хворих, порушенням настрою — у 63,6%, зниженням маси тіла — у 41,7%, порушенням сну —

Таблиця 3. Реєстрація небажаних проявів лікування у хворих різних груп

Небажані прояви	I група		II група	
	абс.	%	абс.	%
Псевдогрипозний синдром	8	66,7	22	75,8
Порушення настрою	7	63,6*	2	6,8
Зниження маси тіла	5	41,7*	3	10,3
Порушенням сну	5	45,5*	3	10,3
М'язово-суглобові болі	4	33,3*	5	17,2
Кашель	2	16,7	2	6,8
Еритема в місці ін'єкції	2	16,7	5	17,2
Випадіння волосся	1	8,3	2	6,8

Примітка. * — при $p<0,05$ — різниця статистично вірогідна.

у 45,5%, м'язово-суглобовими болями у 33,3%, кашлю у 16,7%.

Враховуючи те, що досліджувана група пацієнтів знаходилась на АРТ у схемі з ефавіренцом, це пояснює великий відсоток порушення настрою, сну, розвиток депресії, через небажану взаємодію останнього з пег-інтроном. Для корекції цього явища ми призначали сертралюкс по 50 мг щоденно, це сприяло покращенню настрою, нормалізації сну у більшості хворих.

Протягом лікування з високою частотою реєструвались астеноневротичний (8,66,7%), больовий- (5,41,7%), диспепсичний синдроми (6,50%), прояви яких усували призначенням гептралу 400,0 в/в.

Висновки

1. У ВІЛ-інфікованих, хворих на ХГС, достовірно частіше, ніж у хворих на ХГС-моноінфекцію спостерігалось високе вірусне навантаження РНК ВГС, а також вища активність АлАт, що свідчить про посилення реплікативної активності ВГС при ко-інфекції ВІЛ/ВГС.

2. Ефективність противірусної терапії з досягненням стійкої вірусологічної та біохімічної відповіді у ВІЛ-інфікованих хворих на ХГС (83,3%) суттєво не відрізнялась від результатів лікування хворих на ХГС без ВІЛ-інфекції (72,4%).

3. Побічні ефекти противірусної терапії достовірно частіше реєструвались у пацієнтів з ко-інфекцією ВІЛ/ВГС та проявлялись порушенням настрою та сну, зниженням маси тіла, м'язово-суглобовими болями, кашлю, а також гематологічними змінами (анемією, лейкопенією), що обумовлює необхідність індивідуальних підходів до їх корекції.

Перспектива подальших досліджень полягають у вивченні безпечності та ефективності застосування препаратів противірусного лікування ХГС у пацієнтів, які вже знаходяться на АРТ з небажаними схемами, та запропонувати шляхи корекції побічних дій препаратів.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Бабій Н.О.* Ко-інфекції вірусного генезу у хворих на ВІЛ-інфекцію/ Н.О. Бабій, А.М. Щербінська // Інфекційні хвороби. — 2007. — № 2. — С. 23–26.
2. *Голобородько Н.В.* Поражения печени у ВИЧ-инфицированных пациентов. Пособие для практических врачей / Н.В. Голобородько, А.А. Ключарева, И.В. Петрович [и др.]. — Минск, 2004. — 66 с.
3. *Грижак І.Г.* Особливості уражень печінки у ВІЛ-інфікованих осіб / І.Г. Грижак, Б.М. Дикий, В.Ф. Пюрик // Інфекційні хвороби. — 2005. — № 3. — С. 36–38
4. *Кириченко П.Д.* Імунна відповідь у хворих на ВІЛ/HCV-коінфекцію / П.Д. Кириченко // Інфекційні хвороби. — 2003. — № 1. — С. 9–13.
5. *Кузнецова А.В.* Клинико-иммунологические особенности течения хронической HCV-инфекции у ВИЧ-инфицированных потребителей наркотиков / А.В. Кузнецова, А.И. Жердева, О.Н. Мисак [и др.] // Инфекционные болезни. — 2006. — № 4. — С. 37–39.
6. *Малый В.П.* ВИЧ/СПИД: новейший медицинский справочник / В.П. Малый. — М.: Эксмо, 2009. — 672 с.
7. *Марієвський В.Ф.* Клінічний протокол діагностики та лікування вірусного гепатиту С у дорослих, хворих на ВІЛ-інфекцію / В.Ф. Марієвський, А.О. Боброва, С.М. Антоняк [та ін.]. — Київ, 2009. — 41 с.
8. *Ющук Н.Д.* Комбинированная терапия хронического гепатита С пегилированным интерфероном α-2а и рибиваирином у больных с ВИЧ-инфекцией и больных с моноинфекцией

HCV / Н.Д. Ющук, С.Л. Максимов, Л.М. Иванова [и др.] // РЖГГК. — 2009. — № 1. — С. 35–42.
9. *Rockstroh J.K.* HIV and HCV coinfection/ J.K. Rockstroh, U. Spengler // Lancet Infect. Dis. — 2004. — № 4. — P. 437–444.
10. *Rockstroh J.K.* European AIDS Clinical Society (EACS) guidelines for the clinical management and treatment of chronic hepatitis B and C coinfection in HIV-infected adults / J.K. Rockstroh, S. Bhagani, Y. Benhamou [et al.] // HIV Med. — 2008. — № 9. — P. 82–88.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРОТИВОВИРУСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

В.А. Коршенко, Т.С. Кириченко

Полтавский областной Центр профилактики ВИЧ-инфекции и борьбы со СПИДом

Представлены результаты лечения хронического гепатита С (ХГС) у ВИЧ-инфицированных пациентов, получающих антиретровирусную терапию препаратами AZT/3TC EFV в сравнении с результатами лечения больных с моноинфекцией ХГС. Устойчивый вирусологический ответ на специфическую терапию ХГС был получен у 83,3% ВИЧ-инфицированных пациентов и у 72,4% больных ХГС без ВИЧ-инфекции. У ВИЧ-инфицированных, больных ХГС, чаще регистрировались такие побочные эффекты, как депрессия, похудание, мышечная боль, кашель, анемия, лейкопения, что требует индивидуального подхода к их лечению.

Ключевые слова: *хронический гепатит С, противовирусное лечение, ВИЧ-инфекция, АРТ.*

EFFICIENCY AND SAFETY RESEARCH OF CHRONIC HEPATITIS C ANTIVIRAL THERAPY IN HIV-INFECTED PATIENTS

V.A. Korshenko, T.S. Kyrychenko

Poltava Regional Center for the Prevention of HIV infection and AIDS

The article presents the results of treatment of chronic hepatitis C (CHC) in HIV-infected patients receiving high activity antiretroviral therapy (AZT/3TC EFV) compared with results of treating patients with CHC-monoinfection. Stable virological response to specific therapy of CHC was obtained in 83.3% of HIV-infected patients and in 72,4% of HCV patients without HIV infection. Adverse events of treatment, such as depression, a weight loss, muscular pains, cough, an anaemia, leukopenia, occurred in HIVinfected patients more often, which requires an individual approach to their treatment.

Key words: *chronic hepatitis C, antiviral therapy, HIV-infection, ART.*

Рецензент: д. м. н. В.Р. Шагінян