

Тези до рубрики

УДК 616.36-002+616.36-004-036.8-089.843-089.168.85

І. А. Зайцев

## Противірусна терапія хворих на декомпенсований цироз унаслідок хронічного гепатиту С: за і проти

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE. 2023. 1 (8): 105-106; DOI 10.15574/IJRPM.2023.8.105

Поява препаратів прямої дії (ППД) зняла обмеження на проведення етіотропної терапії гепатиту С у хворих на декомпенсований цироз печінки (дЦП). Причому ймовірність розвитку стійкої вірусологічної відповіді (СВВ) лише на 5–10% нижча за таку у хворих із компенсованим захворюванням печінки. Тільки в частки хворих на дЦП після лікування від гепатиту С настає зворотний розвиток симптомів. У більшості ж лікування від гепатиту С мало змінює прогноз, який, як і раніше, визначається ризиком розвитку ускладнень ЦП і ГЦК. У зв'язку з цим виникає питання про доцільність противірусної терапії хворих на дЦП, яке в Україні має деякі, відмінні від розвинених країн, особливості.

За кордоном питання про лікування ППД хворих на дЦП розглядають лише в плані першочерговості противірусної терапії або виконання трансплантації печінки. Лікування до трансплантації дає змогу запобігти ризику інфікування трансплантата, однак дефіцит часу не завжди дозволяє зробити це вчасно. У такому разі лікування проводять після трансплантації печінки, що є складнішим, але ж цілком імовірним завданням. Отже, лікування ППД за кордоном завжди має сенс, запобігаючи інфікуванню трансплантата або ж дозволяючи попередити швидкий розвиток цирозу на тлі імуносупресивної терапії в трансплантованій печінці. В Україні, де трансплантацію печінки, як і раніше, виконують невинувато рідко, доцільність лікування дЦП ППД визначають виключно їх здатністю впливати на майбутню тривалість життя.

В одному з останніх опублікованих досліджень на цю тему [1] з 642 пацієнтів із дЦП померли під час лікування 7 осіб, протягом першого року спостереження – 44, ще 22 пацієнтам провели трансплантацію печінки (5 – під час лікування, 17 – після). Отже, виживання в наведеному дослідженні у хворих із вихідним MELD 10–15 становило 96,0%, 93,6%, 89,7% протягом, відповідно, 1, 2, 3 років після лікування ППД, а у хворих з MELD  $\geq 16$  – 85,9%, 82,4%, 71,7%, відповідно. У 13 пацієнтів з MELD 10–15 і 3 пацієнтів з MELD  $> 16$  розвинулася ГЦК.

Незважаючи на високі показники УВО, зміни показників MELD і печінкових проб при короткостроковому і довгостроковому спостереженні в пацієнтів із дЦП незначні. У цитованому дослідженні загальна середня короткострокова зміна MELD становила  $< 1$  бал, а клінічно значуще поліпшення  $\geq 3$  балів MELD відбулося тільки у 24% пацієнтів. Предикторами цього поліпшення були жіноча стать, вік  $< 60$  років, високий вихідний рівень АЛТ ( $\geq 60$  Од/мл) і вихідний MELD  $\geq 16$ . За даними інших досліджень, поліпшення в межах 2 балів MELD зустрічалося у 40% хворих на дЦП з УВО. У решти 60% ситуація порівняно з вихідною не змінювалася або погіршувалася, тобто противірусна терапія набуває рис паліативної, яка поліпшує якість життя пацієнтів, але не впливає на результат захворювання.

**Висновки.** При короткочасному спостереженні за хворими на дЦП, яких вилікували від гепатиту, зниження MELD  $\geq 3$  балів спостерігається в чверті пацієнтів, однак при подальшому довгостроковому спостереженні середні зміни MELD, білірубину і альбуміну є мінімальними. У зв'язку з тим, що такі хворі схильні до високого ризику розвитку ускладнень цирозу, вони повинні перебувати під постійним медичним наглядом.

Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

**Ключові слова:** вірусний гепатит, цироз, противірусний препарат прямої дії, трансплантація печінки, смертність, виживаність, прогноз.

## Особливості паліативної допомоги хворим з інфекційними захворюваннями, у тому числі з COVID-19

### Antiviral therapy for patients with decompensated cirrhosis due to chronic hepatitis C: pros and cons

I. A. Zaitsev

Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

The effectiveness of hepatitis C treatment in patients with decompensated cirrhosis is about 90%. Further prognosis of the disease depends on liver cirrhosis. Since in Ukraine liver transplantation is not available to most patients, the question of the economic feasibility of treating such patients remains open.

According to the literature data, the survival rate in patients with cirrhosis and baseline MELD 10–15 is 96.0%, 93.6%, 89.7% within, respectively, 1, 2, 3 years after PPD treatment, and in patients with MELD  $\geq 16$ —85.9%, 82.4%, 71.7%, respectively. The overall mean short-term change in MELD was less than one point, and a clinically significant improvement of 3 MELD points occurred in only 24% of patients. According to other studies, an improvement within 2 points of MELD occurs in 40% of patients with decompensated cirrhosis with SVR. In the remaining 60%, the condition does not change or worsens, i. e. antiviral therapy acquires the features of a palliative therapy that improves the quality of life of patients, but does not affect the outcome of the disease.

The feasibility of prescribing antiviral therapy in patients with decompensated liver cirrhosis can be determined using the calculator, which assesses the likelihood of reaching CPT-A and the risk of death during the first year of follow-up.

No conflict of interests was declared by the authors.

**Keywords:** viral hepatitis, cirrhosis, direct acting antiviral drug, liver transplantation, mortality, survival, prognosis.

### References/Література

1. Verna EC et al. (2020). DAA therapy and long-term hepatic function in advanced / decompensated cirrhosis: Real-world experience from HCV-TARGET cohort. *J hepatology*. 73: 540–548.

УДК 616.98:616-08-039.15

С. В. Рябоконь

## Паліативна допомога хворим на СНІД. Міфи та реальність

ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE. 2023. 1 (8): 106-107; DOI 10.15574/IJRP.M.2023.8.106

Перші звістки про випадки ВІЛ-інфекції з'явилися близько 40 років тому. За цей час хворобу встигли охарактеризувати від «епідемії найстрашнішого захворювання нового покоління – вірус СНІДу» та «чуми ХХ століття» до «хронічного інфекційного контрольованого захворювання» з надзвичайно широким поліморфізмом клінічних проявів. Ще 20–30 років тому вважали, що всі ВІЛ-інфіковані люди рано чи пізно потребуватимуть паліативної допомоги, проте сьогодні, з появою надзвичайно ефективних, нетоксичних, зручних для застосування схем антиретровірусної терапії (АРТ), стало зрозуміло, що люди, які мають ВІЛ та отримують АРТ, доживають до старості та помирають від причин, безпосередньо не пов'язаних із ВІЛ-інфекцією. Слід зауважити, що шанси на відновлення імунної системи і тривалість якісного життя в людей, які мають ВІЛ, прямо залежать від вчасності початку АРТ і прихильності пацієнта до лікування.

Серед особливостей клінічного перебігу ВІЛ-інфекції та трактувань і міфів, які оточують сферу ВІЛ, слід зазначити:

1. ВІЛ-інфекція не має безпосередньо «своїх» клінічних проявів, вона характеризується прогресивним ураженням імунної системи і зниженням здатності організму «опиратись» іншим, здебільшого інфекційним агентам (бактеріям, вірусам, грибкам тощо). Прояви інших інфекційних захворювань і є «клінічними проявами ВІЛ».

2. Починати лікування ВІЛ потрібно якомога раніше, проте ніколи не пізно. Описано безліч випадків, коли в пацієнтів навіть із нулем клітин СД4 в мкл на тлі АРТ відновлюється імунна система.

3. Термін «СНІД» ще вживається в загальноінформаційних матеріалах для широкого кола населення та в епідеміологічних термінах, як маркер пізніх стадій ВІЛ-інфекції, проте вже не несе клінічної цінності і не характеризує тяжкість стану пацієнта або прогноз захворювання. Пацієнт зі СНІДом може успішно прожити десятки років на АРТ.