

Эта история началась более 15 лет назад, когда ныне профессор, доктор медицинских наук, руководитель клинко-диагностического отдела Московского НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н.Габричевского Михаил ЗУБКИН вместе с коллегами по одному из авторитетнейших стационаров Москвы – городской клинической больнице № 52 занялись проблемой, находящейся на стыке двух клинических дисциплин – нефрологии и гепатологии, а именно изучением вирусных гепатитов у больных с заболеваниями почек. Они прошли нелёгкий путь и существенно продвинулись в решении поставленной задачи. В результате сегодня сотни тяжёлых больных имеют возможность избежать инфицирования или своевременно получить лечение, не опасаясь, что коварные вирусы встанут на их пути.

чающих лечение гемодиализом. Эта проблема и сейчас остаётся достаточно актуальной, и мы продолжаем ею заниматься, поскольку в условиях уремии эффективность вакцины оказалась существенно ниже, чем у здоровых людей, несмотря на использование специальных усиленных схем иммунизации. Положительный ответ при вакцинации удаётся получить

тогда, в частности тот факт, что почечной недостаточности всегда сопутствует анемия, которая связана с недостаточной выработкой почками эритропоэтина – вещества, необходимого для образования гемоглобина. Поэтому раньше для борьбы с анемией использовали регулярные переливания крови. О существовании вирусных гепатитов В и С ещё не было известно, отсутство-

местительной почечной терапии. Так, в условиях лечения гемодиализом серьёзно изменяется фармакокинетика противовирусных препаратов и требуется существенное изменение схемы лечения, а после трансплантации почки существенно возрастает риск применения препаратов интерферона в связи с высокой частотой развития реакции отторжения трансплантата.

Тем не менее при всех возможных сложностях противовирусная терапия необходима нефрологическим больным с активными формами хронических гепатитов В и С, поскольку их последствия представляют реальную угрозу их жизни.

### Терапия дорогостоящая, но пациент дороже

– Вы были первыми, кто применил в России противовирусную терапию у больных на гемодиализе.

– Да, ещё в 1999 г. мы опубликовали сообщение об удачном опыте такого лечения у двух пациентов отделения гемодиализа ГКБ № 52. Одна из них до сих пор жива, продолжает лечиться диализом и давно забыла о том, что страдала ещё и хроническим гепатитом С. За разработку и внедрение новых подходов к проблеме профилактики и лечения вирусных гепатитов у почечных больных наш коллектив был удостоен премии Москвы в области медицины.

– Какие ещё проблемы инфекционных осложнений в условиях иммуносупрессии вас сегодня беспокоят?

– Таких проблем множество: одной из них мы недавно начали заниматься совместно с лабораторией НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф.Гамалеи, возглавляемой профессором Т.Семеновым. Ранее считалось, что ещё один гепатит – гепатит Е встречается исключительно в жарких странах, представляет угрозу только для беременных женщин и никогда не становится хроническим. Однако буквально несколько лет назад выяснилось, во-первых, что он достаточно часто встречается и в странах с умеренным климатом, а во-вторых, что в условиях иммунодефицита, то есть у реципиентов почечного трансплантата часто приобретает хроническое и очень агрессивное течение, становясь причиной развития цирроза печени порой даже быстрее, чем хронические гепатиты В или С.

Ещё одна проблема, которая также находится в сфере нашего внимания, – это цитомегаловирусная инфекция, представляющая угрозу в первую очередь для людей с иммунодефицитными состояниями. Учитывая её актуальность, мы в настоящее время сфокусировали своё внимание на вопросах мониторинга и анализа её возможных проявлений у реципиентов почечного трансплантата.

\* \* \*

Московский НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н.Габричевского сегодня предлагает и успешно внедряет много интересных, уникальных разработок, внося весомый вклад в практическое здравоохранение. Плодотворное сотрудничество учёных со специалистами 52-й клинической больницы является наглядным тому подтверждением. Благодаря такому взаимодействию удалось существенно продвинуться в вопросах профилактики и лечения вирусных гепатитов в условиях иммуносупрессии, в частности у почечных больных.

Беседу вел  
Валентина ЗАЙЦЕВА.

### А начиналось всё так

– Практически вся моя профессиональная жизнь оказалась связана с городской клинической больницей № 52, в которой мой учитель – профессор, заслуженный деятель науки РСФСР М.Я.Ратнер, одна из основателей советской, а следовательно, и российской нефрологии, создала в 1964 г. первое в Советском Союзе нефрологическое отделение. Со временем оно трансформировалось в очень серьёзную структуру – Московский городской нефрологический центр. Сейчас здесь много отделений, каждое из которых имеет свою специализацию: патология пересаженной почки, гемодиализ, перитонеальный диализ, осложнения заместительной почечной терапии. Здесь находится и единственное в стране отделение нефрологической реанимации. Наш клинко-диагностический отдел базируется во 2-м нефрологическом отделении, где мы в тесном сотрудничестве с врачами больницы занимаемся проблемами гломерулярных болезней, этиология которых часто связана с инфекционными заболеваниями, в том числе с инфицированием вирусами парентеральных гепатитов. Помимо этого у нас самые тесные контакты с отделением гемодиализа и отделением проблем трансплантированной почки, в которых значительная доля пациентов также страдает хроническими гепатитами В и С.

– Михаил Леонидович, проблема инфекционных осложнений у больных с иммунодефицитными состояниями волнует учёных давно. У пациентов с заболеваниями почек, получающих гемодиализ, ожидающих или уже перенёвших трансплантацию почки, угроза инфицирования вирусами гепатитов возникает довольно часто. Несмотря на серьёзность проблемы, вы вместе с коллегами первыми в стране взялись за решение этой задачи. Когда вы приступили к своим поискам, каким багажом знаний и практики располагал коллектив?

– Действительно, до конца 90-х годов в России проблемой вирусных гепатитов у больных с заболеваниями почек фактически не занимались, хотя эти связи для клиники очень актуальны и многогранны. Существует три варианта таких связей. Первый, когда инфицирование вирусами гепатитов В или С приводит к поражению не только печени, но и почек. В этом случае вирусы являются как бы пусковым фактором почечного заболевания. При этом всегда возникает вопрос: что важнее и на что обратить внимание в первую очередь – на устранение вируса как основы болезни либо сначала снизить воспалительную активность почечного заболевания, а уже потом заниматься устранением первопричины. Современная медицина имеет мощный арсенал противовирусных препаратов, однако курс лечения весьма продолжительный, а иногда эти средства, обладающие иммуностимулирующим действием, могут усугубить тяжесть почечного поражения. Поэтому при

### Наши интервью

# Когда профилактика и лечение торжествуют

## Вакцинация пришла на помощь тысячам пациентов

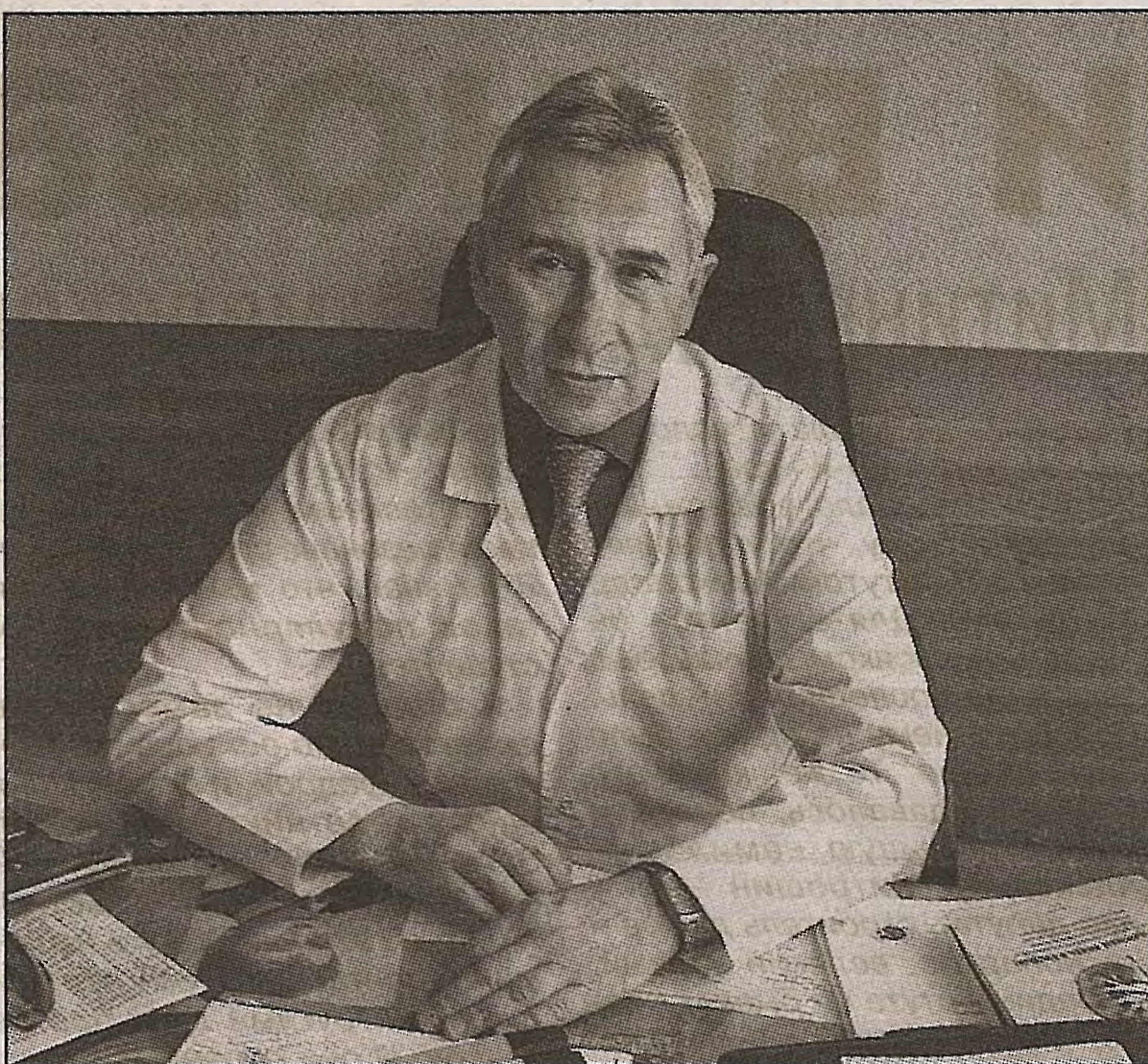
наиболее угрожаемых, быстро прогрессирующих вариантах гломерулонефритов, возникающих на фоне хронического гепатита В или С, мы используем так называемую иммуносупрессивную терапию.

Второй вариант связан с высоким риском инфицирования этими вирусами в условиях проведения заместительной почечной терапии (гемодиализ и трансплантация), которые фактически замещают почечную функцию у больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности и продлевают их жизнь на долгие годы. Риск инфицирования особенно велик у пациентов на гемодиализе. По данным Российского регистра заместительной почечной терапии, доля диализных больных с хроническим гепатитами В и С достигает 23%. Однако особую угрозу эти гепатиты представляют для реципиентов почечного трансплантата, поскольку в условиях применения иммуносупрессивных препаратов, постоянный приём которых необходим для предотвращения отторжения пересаженной почки, их течение может становиться особенно агрессивным. Кроме того, известно, что длительное персистирование этих вирусов в организме реципиентов связано с более частым развитием не только печёночных осложнений (цирроз и первичный рак печени), но и таких заболеваний, как сахарный диабет, тяжёлые бактериальные инфекции, а также болезней сердечно-сосудистой системы. Ещё одним важным обстоятельством, как показали, в том числе, и исследования моего ученика – доцента В.Червинко, является сокращение срока жизни самого трансплантата в этих условиях.

И наконец, третий вариант связи вирусов гепатитов с болезнями почек обусловлен возможным побочным действием противовирусных препаратов, приводящим к развитию почечного повреждения.

– В чём состояла ваша задача?

– Разработать и внедрить в клиническую практику комплексный подход в отношении мер профилактики и лечения, охватив при этом все варианты связей вирусов парентеральных гепатитов и почек. Одним из первых шагов, которые мы предприняли в конце 90-х годов совместно с заместителем директора нашего института профессором Е.Сельковой, которая в те далёкие времена являлась главным эпидемиологом Москвы, была разработка подходов к вакцинации против гепатита В (вакцина против гепатита С не создана до сих пор) у больных, полу-



не более чем у 60-80% больных. Поэтому высокоактуален поиск предикторов такой ослабленной реакции организма на вакцину и способов её усиления у данной категории пациентов.

Первыми в России возможность иммунизации больных на гемодиализе оценили профессора М.Михайлов и И.Шахгильдян. Перед нами же стояла задача разработать алгоритм вакцинопрофилактики гепатита В на гемодиализе, поскольку, в отличие от общей популяции, у диализных больных вакцинация должна предшествовать специальный скрининг для выявления нуждающихся в ней лиц, а ревакцинацию следует выполнять в зависимости от напряжённости поствакцинального иммунитета в условиях его ежегодного мониторинга.

Начав работу на базе ГКБ № 52, сотрудники нашего отдела совместно с нефрологами других отделений гемодиализа в начале 2000-х годов вакцинировали всех нуждающихся в этом диализных пациентов в стационарах Москвы.

### Предотвратить последствия

– Но как больные заражаются гепатитами в отделениях гемодиализа, если аппараты «искусственная почка» тщательно дезинфицируются, используются одноразовые диализаторы и системы подключения?

– Действительно, риск инфицирования через диализный аппарат в настоящее время практически сведён к нулю. Однако необходимо вспомнить историю применения этого ме-

вали методы их диагностики и практически все больные были ими инфицированы. Решающие изменения в этом вопросе произошли после внедрения в клиническую практику рекомбинантного эритропоэтина. В результате гемотрансфузии практически перестали использоваться в отделениях гемодиализа. Тем не менее там продолжают получать лечение ранее инфицированные пациенты. У части из них гепатит стал хроническим заболеванием, а они сами являются вирусносителями. Поскольку процедура гемодиализа сопровождается пункцией крупных кровеносных сосудов (артерио-венозная фистула), значительное количество невидимых глазу капелек крови попадает практически на все окружающие предметы, в том числе на одежду и руки медицинского персонала. В настоящее время именно этот фактор считается главным условием заражения новых пациентов.

– Что же делать больным на гемодиализе или после трансплантации почки, если болезнь у них уже перешла в хроническую форму?

– Сразу хочу сказать, что, с одной стороны, нефрологические больные с хроническим гепатитом В или С и особенно те, которым планируется или уже выполнена трансплантация почки, безусловно, нуждаются в противовирусной терапии, а с другой – они относятся к так называемым трудным для лечения пациентам. Одно дело лечить больного с хроническим гепатитом, не имеющим других заболеваний, и другое – тех, у кого не функционируют собственные почки и жизнь которых поддерживается с помощью за-