

Опыт применения тенофовира при фульминантном течении острого гепатита В

Дуйсенова А.К., Утаганова Т.К., Раисова А.
М.

Алматы, Казахстан

Фульминантная печеночная недостаточность (ФПН)

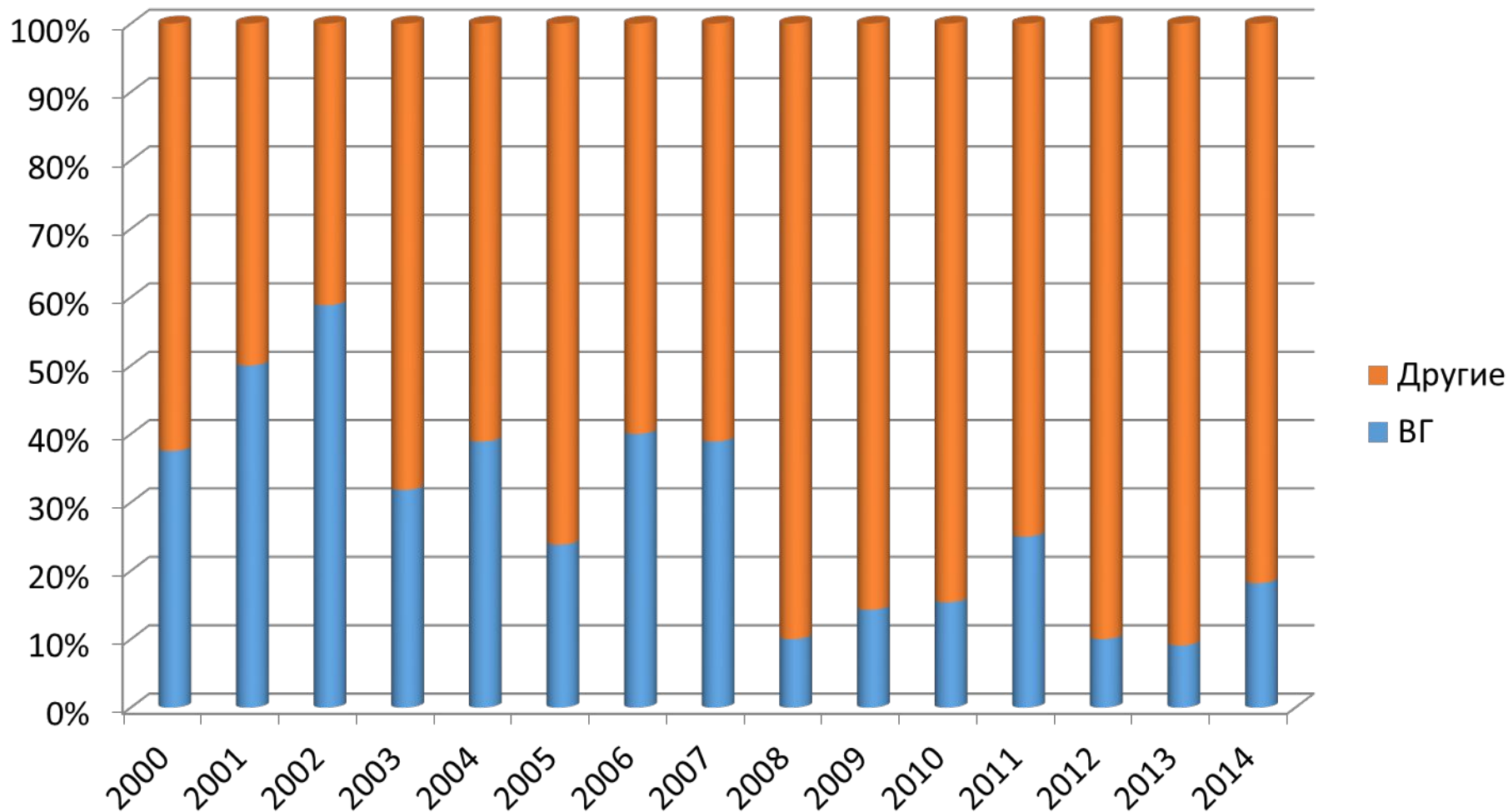
- ФПН – клинический синдром, характеризующийся внезапным развитием печеночной недостаточности у здорового до этого человека, являющейся отражением острого некроза гепатоцитов
- ФПН сопровождается:
 - Энцефалопатией
 - Коагулопатией
 - Сердечно-сосудистой недостаточностью
 - Острой почечной недостаточностью
 - Острой дыхательной недостаточностью

Причины развития ФПН

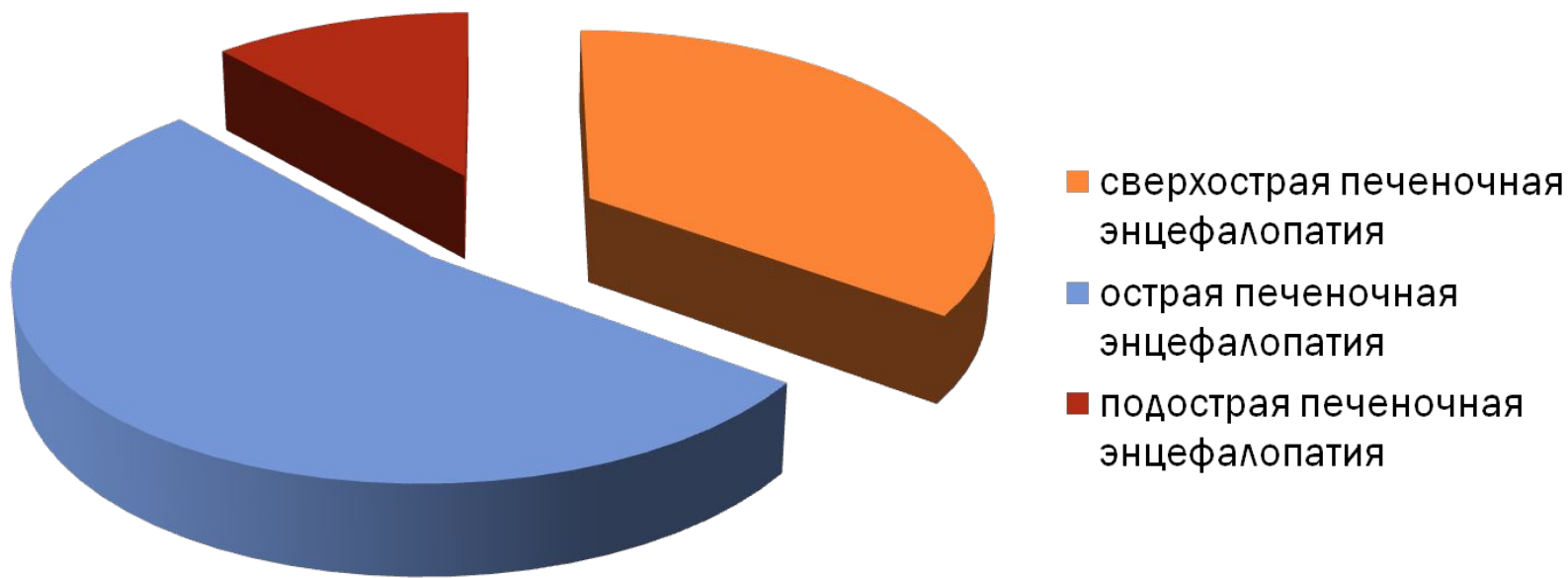
- **Инфекции**
 - Вирусы гепатита А, В, С, Д, Е, G и др. (?) – **60-70%**
 - Герпесвирусы
- **Лекарственные препараты и токсины**
 - Передозировка парацетамола (ацетаминофен) при суициде в Англии
 - Галотан
 - Изониазид+рифампицин
 - Антидепрессанты
 - НПВП
 - Отравление грибами
 - Фитопрепараты
- **Ишемия**
 - Ишемический гепатит
 - Хирургический шок
 - Острый синдром Бадд-Киари
- **Метаболические**
 - Болезнь Вильсона
 - Жировой гепатоз беременных
- **Редкие**
 - Массивная инфильтрация злокачественной опухолью
 - Тяжелая бактериальная инфекция
 - Тепловой удар

Структура летальности по материалам ГКИБ им. И. Жекеновой (г.Алматы)

(Вирусный гепатит и другие заболевания)



Распределение больных (n= 60) с печеночной энцефалопатией в зависимости от сроков её развития



- **Больной О-в М., 24 г., поступил на 4 день болезни**

Заболел остро: тошнота, повторная рвота, слабость, температура тела 39°C, тяжесть в эпигастрии. Принимал жаропонижающие, промывал желудок. На 2 день болезни -потемнение мочи, 3 день болезни - желтуха

Эпид. анам.: Случайные половые связи.

Об-но: заторможен, неохотно вступает в контакт. Желтушность легкая, боли в эпигастрии. Тахикардия. Печень + 1,0 см от реберного края.

2 день госп/5 день бол. –психомоторное возбуждение, нарастание желтухи, синдром «таяния» печени. Коагулопатия.

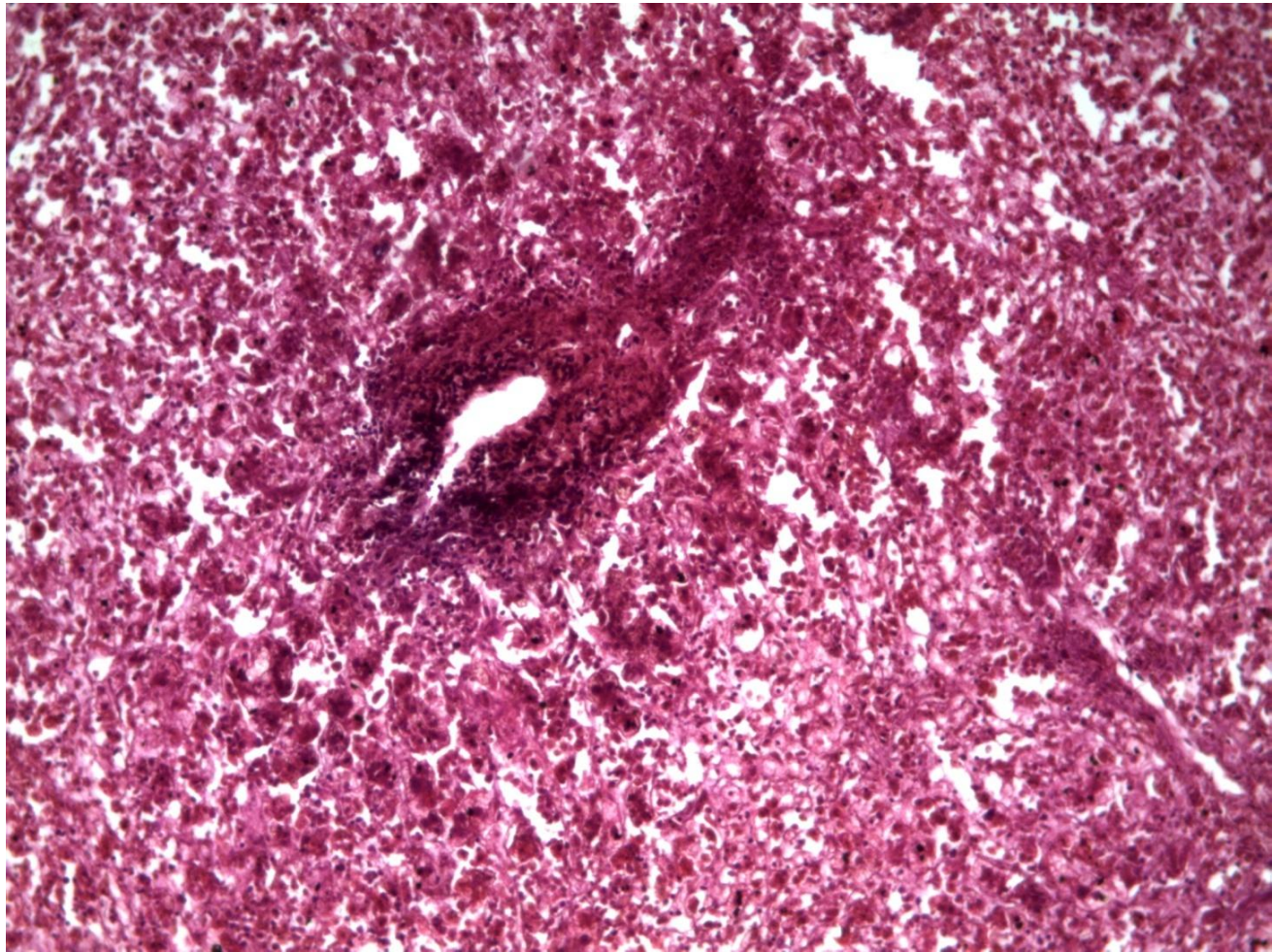
4 день госп/7 день болезни - смерть

Биохим.ан.крови: тим.пр. – 5,1 ед. ; АЛТ – 24 ммоль\л; билирубин – 144,9/126/18,9; ПИ – 41%;

ОАК: Нв – 132,1; Э.- 4,16; Л. – 6,9; СОЭ – 2; вируциты – 2/100; макроцитоз+, полихромазия+, вакуолизация ядер нейтрофилов ++

ИФА: HBs Ag+; antiHBcor IgM +

**Острый гепатит с тотальными и субтотальными
некрозами**
(Сапаргалиева А.Д.)



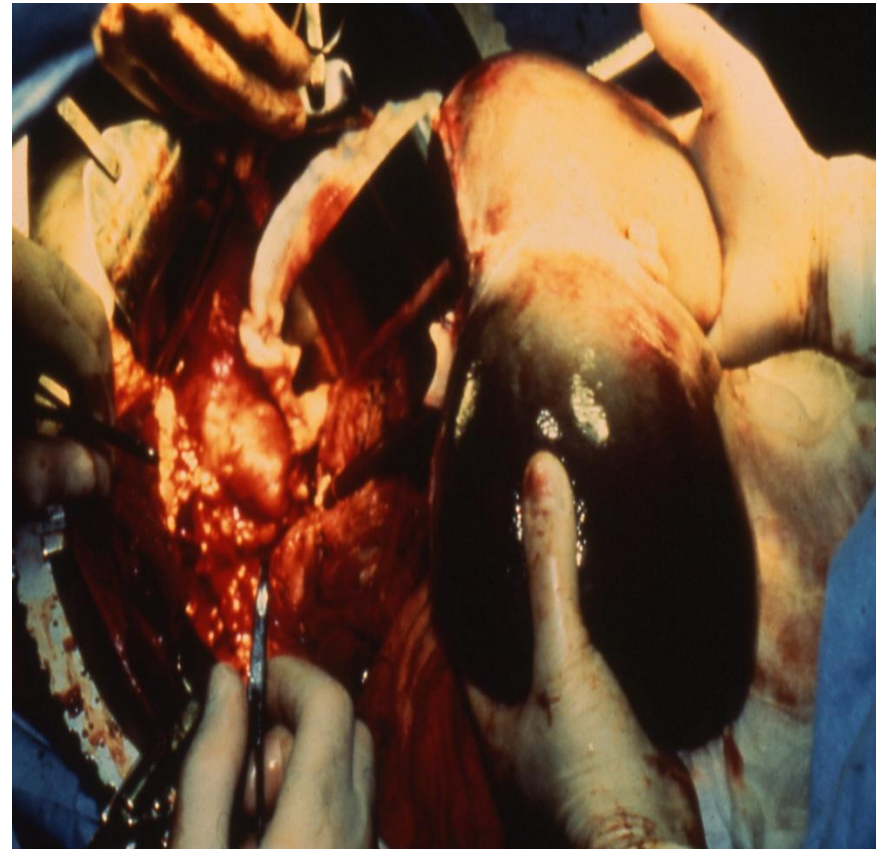
Фульминантный гепатит, лечение

Майер К-П, 2004 г.

- В случаях *фульминантного вирусного гепатита* можно применять **патогенетическую консервативную терапию**, а также использовать хирургическое лечение (**Трансплантация печени**).
- **Патогенетическая терапия** направлена на лечение множественных осложнений, связанных с нарушениями центральных метаболических функций печени и ставит своей целью предупредить последствия наиболее частых осложнений или, по крайней мере, уменьшить их выраженность.
- К ним относятся:
 - а) коагулопатия;
 - б) нарушения функции почек и электролитного баланса;
 - в) инфекционные поражения;
 - г) гипогликемия;
 - д) печеночная энцефалопатия;
 - е) отек головного мозга.

Хирургическое лечение ФПН

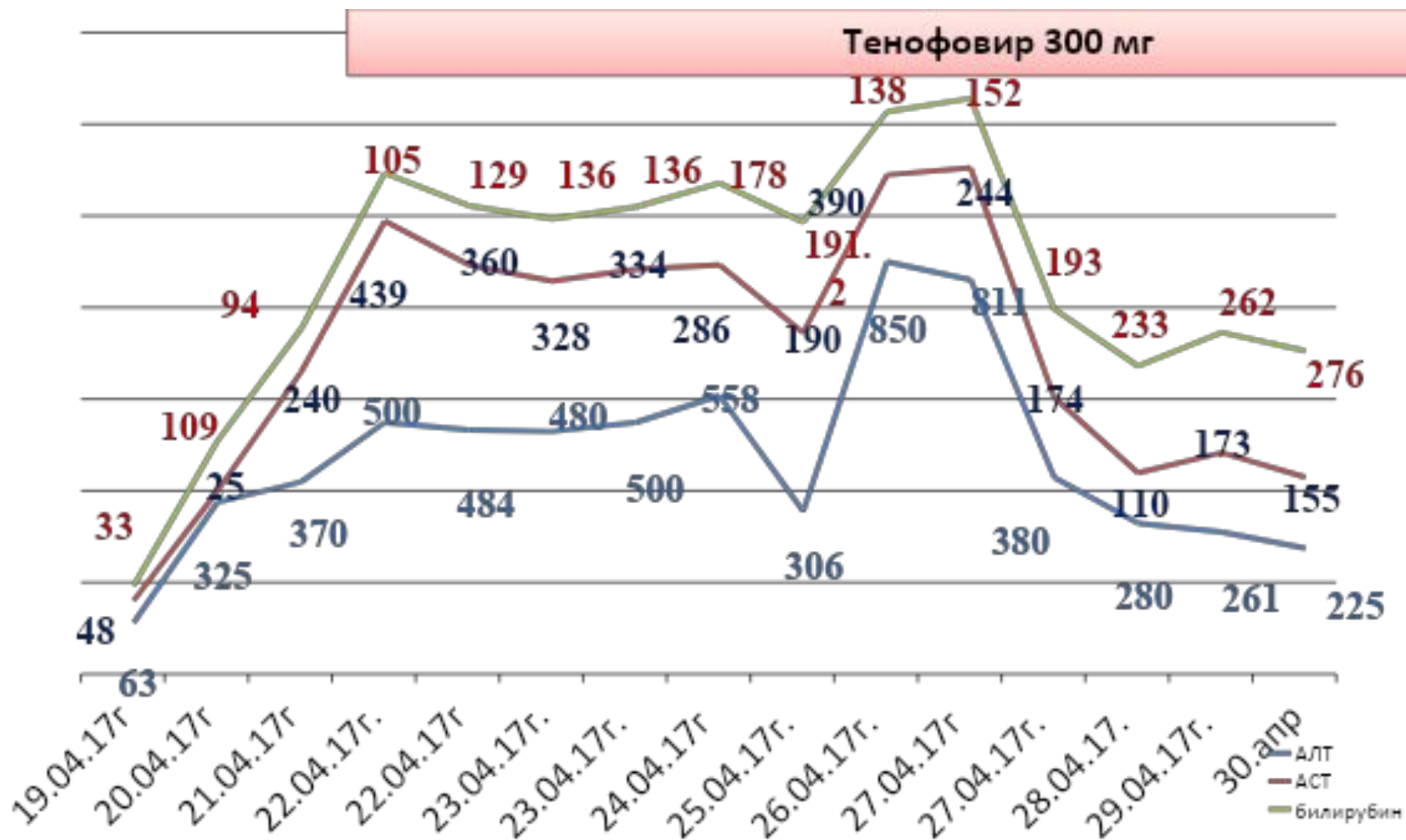
- Трансплантация печени должна быть выполнена в течение 2-3 дней до развития необратимых неврологических нарушений.



Тенофовир, 300 мг/сут.

- В КП «Хронический вирусный гепатит В» рекомендован тенофовир при фульминантном течении вирусного гепатита В
- В доступной литературе мы не встретили статей на данную тему
- Мы имеем опыт лечения тенофовиром 6 больных с фульминантным течением ВГВ, из них 3 беременных, 1 летальный исход (беременная женщина)
- 5 больных находились на лечении в ГКИБ, 1- в НИИКиВБ (направлена из г.Тараз)

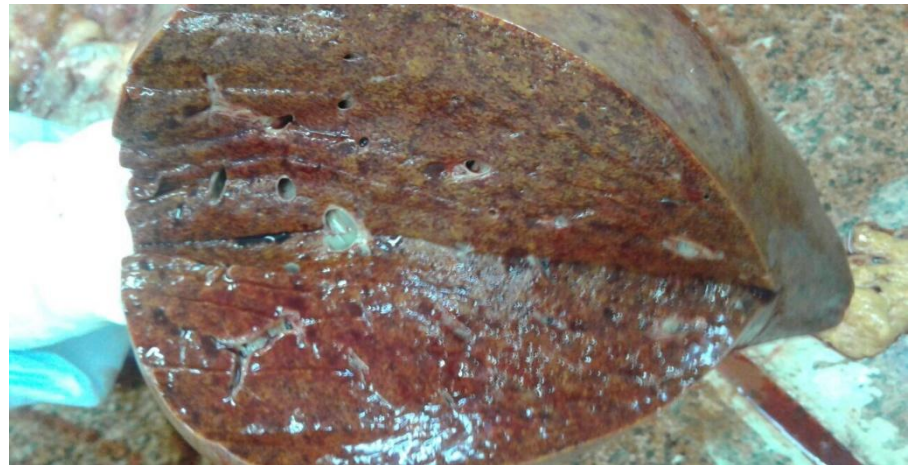
Н-на Е., 1986 г.р.



Н-на Е., 1986 г.р. Перкуторное определение размеров печени



Н-на Е., 1986 г.р., Размеры печени



История болезни № 2137

- **С-ва Айнур
Омархановна**
11.12.1980 г.р.
- Дата поступления –
26.03.2016 г.
- Дата выписки -

Жалобы при поступлении:

- на выраженную
слабость
- сниженный аппетит
- сонливость

Анамнез заболевания:

- Больной себя считает с 24.03.2016 года: потеря аппетита, выраженная слабость (не могла ходить).
- 25.03.2016 г. присоединилась тошнота, потемнела моча.
- 26.03.2016 г. – рвота до 4-5 раз.
- 26.03.2016 г. обратилась в МЦ «Гульканат», обследовала мочу – на желчные пигменты (результат положительный). Направлена домой. Рекомендовано сдать биохимические анализы на 28.10 (понедельник). Дома вечером самочувствие ухудшилось, выросла слабость.
- Вызвала скорую медицинскую помощь доставлена в ГКИБ, где в экстренном порядке госпитализирована в ОРИТ.

Анамнез жизни:

- В период с 2010 по 2012 гг лечилась по поводу Инфильтративного туберкулеза верхней доли правого легкого в стадии распада (год стационарного лечения, год поддерживающей терапии).
- В 2013 году снята с «Д» учета.
- Обследована ли на вирусные гепатиты не знает.
- В декабре 2015 г. перелом 5 ребра слева

Акушерский анамнез:

- Беременностей - 4
- Данная (4-я) в сроке 19-20 недель
- Роды – 2 (физиологические, 2010, 2015 гг.)
- Медицинский аборт – 1 (2013)
- На учете по беременности не состоит.

Эпид. анамнез:

- В г. Алматы снимает квартиру с семьей. Уроженка Алматинской области
- Не работает.
- Часто выезжает в Узбекистан и Кыргызстан.
- Замужем за гражданином Узбекистана.
- Употребляет сырую воду.
- **Стоматологические вмешательства в декабре 2015 г. экстракция зуба в частном стоматологическом кабинете торговом центре «Апорт».**
- Переливание компонентов и препаратов крови отрицает.

Физикальные данные:

- 27.03.2016 г. : 4 день болезни, 1 день госпитализации:
- Состояние больной тяжелое, обусловленное печеночной недостаточностью: выраженные симптомы печеночной интоксикации, **острая печеночная энцефалопатия 1.**
- Больная адекватно отвечает на вопросы, ориентирована во времени и пространстве. Но, вялая, быстро истощается во время беседы. Очень сонлива.
- Кожные покровы и видимые слизистые желтушные на бледном фоне кожи. Периферических отеков нет. Видимых геморрагических проявлений, высыпаний нет. На лице участки гиперпигментации.
- В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритм правильный, периферический пульс удовлетворительного наполнения.
- Язык сухой, обложен белым налетом. **Изо – рта «печеночный» запах.**
- Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. **Печень перкуторно на 0,5-1 см выше края реберной дуги, пальпации не доступна.** Селезенка не пальпируется.
- Определяется беременная матка 19-20 недель.
- Симптом поколачивания почек отрицательный с обеих сторон.
- Моча темная. Стула не было.

- **27.03.2016 г. 02:00 ч. Консилиум** в составе заведующей кафедрой инфекционных и тропических болезней КазНМУ Дуйсеновой А.К., заместителя главного врача ГКИБ по ЛР Утагановой Т.К., руководителя ОЗ МиР УЗ Нугмановой А.Т., дежурного врача Евсеева Г.А., дежурного реаниматолога Рузиевой Р.З., с участием главного врача Абдрахмановой А.К.
- **Заключение консилиума:**
 - **Острый вирусный гепатит (вероятно В), тяжелое течение. Осложнение: Острая печеночная энцефалопатия 1 степени. Дефицит факторов коагуляционного гемостаза, коагулопатия потребления. Беременность 19-20 недель.**
- **27.03.2016 г. 05:00 ч. Консилиум** в составе заместителя руководителя Управления здравоохранения города Алматы Абдрасиловой Б.И., руководителя ОЗ МиР УЗ Нугмановой А.Т., главного внештатного инфекциониста УЗ Байекеевой К.Т., главного врача ГКИБ Абдрахмановой А. К., заместителя главного врача ГКИБ по ЛР Утагановой Т.К., заведующей кафедрой инфекционных и тропических болезней КазНМУ Дуйсеновой А.К., руководителя гепатоцентра Жусуповой Р.Т., главного акушер-гинеколога Жакашевой Э.К.
- **Заключение консилиума:**
 - **Острый вирусный гепатит В, тяжелое течение (HBsAg+, antiHBcore IgM+, HBe Ag+, ПЦР ДНК HBV -21314 МЕ/мл)**
 - **Острая печеночная энцефалопатия 1 степени. Дефицит факторов коагуляционного гемостаза, коагулопатия потребления. Беременность 19-20 недель.**
- **Назначен Тенофовир (виреад) 300 мг в сутки (В ГКИБ отсутствует).**

29.03.2016 г. 6 день болезни, 3 день госпитализации:

- **Уровень сознания оглушенная, печеночная недостаточность, ОПЭ 3 степени. ДВС 3 ст.**
- Визуально желтуха выросла, лицо и веки пастозные.
- Выраженный «печеночный запах».
- Печень на 2 см выше края реберной дуги, пальпации не доступна.

- **29.03.2016 года. 10:00 час. Консилиум** в составе главного внештатного инфекциониста МЗ СР РК Кошеровой Б.Н., заместителя руководителя УЗ Абдрасиловой Б.И., главного внештатного инфекциониста УЗ города Алматы Байекеевой К.Т., внештатного невролога УЗ г. Алматы Бабаевой К.Б., куратора акушер-гинеколога Ракишевой А.Г. главного внештатного фтизиатра УЗ Нукушева Н.Р. главного врача ГКИБ Абдрахмановой А.К., зам. главного врача ГКИБ Утагановой Т.К., заведующей кафедрой инфекционных и тропических болезней КазНМУ Дуйсеновой А.К., профессора кафедры КазМУНО Курмановой К.Б., ассистента кафедры инфекционных болезней КазНМУ Шоколаковой А.К., заведующей отделением гемодиализа и экстакорпоральной детоксикации Шуриной А.Ж., врача – фтизиатра Ауэзовского ПТД Мясниковой Г.Л. зав ОРИТ Шакибаева А.М., зав.отделения Утаганов Б.К.

Заключение консилиума:

- **Диагноз:** Острый вирусный гепатит В, фульминантное течение (HBsAg+, antiHBcore IgM+, HBe Ag+, ДНК HBV – положительный. (21314 МЕ/мл).
- **Осложнение:** Острая печеночная энцефалопатия 2-3 степени. Дефицит факторов коагуляционного гемостаза, коагулопатия потребления.
- **Сопутствующий диагноз:** Двухсторонняя вирусно-бактериальная пневмония. Малые остаточные явления посттуберкулезного процесса. Беременность 19-20 недель. Угроза прерывания беременности. Низкая плацентация.
- Лечение согласно протоколам диагностики и лечения острых вирусных гепатитов.
- Минимизация вводимых препаратов с учетом гепатотоксичного действия.
- От транспортировки пациентки на КТ, МРТ с учетом рисков воздержаться.
- Отягощающим фактором является течение острого вирусного гепатита В на фоне ранее скомпрометированного поражения печени (в анамнезе туберкулез легких, прием туберкулоцидных препаратов в течение 2 лет, роды менее года назад, период лактации).
- Риски – прогрессирования острой печеночной энцефалопатии.
- **Прогноз- неблагоприятный**

- **30.03.2016 г. 7 день болезни, 4 день госпитализации:**
Состояние крайне тяжелое. Уровень сознания сопор, печеночная недостаточность, ОПЭ 3 степени. ДВС 3 ст. Желтушность на прежнем уровне. Выраженный печеночный запах. Печень на 2 см выше края реберной дуги, пальпации не доступна. **Учитывая нарастание ОПЭ, отека головного мозга пациентка переведена на продленное ИВЛ.**
- **31.03.2016 г. 8 день болезни, 5 день госпитализации:**
Состояние крайне тяжелое. Уровень сознания сопор, печеночная недостаточность, ОПЭ 3 степени. ДВС 3 ст. Продленное ИВЛ в режиме IPPV. Желтушность на прежнем уровне. Выраженный печеночный запах. Печень на 2 см выше края реберной дуги, пальпации не доступна. **У пациентки отмечается выделение из половых путей в виде геморрагических сгустков, обильные. Расценено как начавшийся выкидыш.**
- 12:30 час. Осмотрена гинекологами. Диагноз: Аборт в ходу. Плод извлечен остатки последа нет. Диагноз: **Полный самопроизвольный поздний выкидыш в 19-20 недель.**
- 15:30 час. Повторный осмотр гинеколога: **Диагноз остатки плацентарной ткани. Произведена операция выскабливание полости матки.**

- **04.03.2016 г. 12 день болезни, 9 день госпитализации, 8 день лечения TNF:** Состояние крайне тяжелое. Уровень сознания кома 1, печеночная недостаточность, ОПЭ 3 степени. ДВС 3 ст., отек головного мозга. Продленное ИВЛ в режиме IPPV.
- Желтушность на прежнем уровне. Выраженный печеночный запах. Печень по краю реберной дуги, пальпация доступна, край печени мягкое эластичное.
- **На контрольном УЗИ матки Неоднородное содержимое полости матки. Остатки плодного яйца. Консилиумом рекомендовано выскабливание полости матки.**
- **05.04.2016 г. 13 день болезни, 10 день госпитализации:** Состояние крайне тяжелое. Уровень сознания кома 1, печеночная недостаточность, ОПЭ 3 степени. ДВС 3 ст., отек головного мозга. Желтушность визуально выросла. Выраженный печеночный запах. Произведена операция: Трахеостомия, трахеостома №7,5. **Печень +0,5 см под края реберной дуги, пальпация доступна, край печени мягкое эластичное.** Дыхание ИВЛ через трахеостому в режиме ВІРАР, адекватное.
- **06.04.2016 г. 14 день болезни, 11 день госпитализации:** Состояние крайне тяжелое. Уровень сознания кома 1, ОПЭ 3 степени, отек головного мозга, ДВС 3 ст. Лихорадка до 38,0 С. Касательно печеночно-клеточной недостаточности имеет место положительная лабораторная динамика. Дыхание ИВЛ через трахеостому в режиме СРАР.
- В связи с нарастанием в крови **уровня мочевины с креатинином**, осмотрен нефрологом выставлен диагноз: ОПП (ОПН) преренальная форма, 1 ст по RIFLE.

- **07.04.2016 г. 15 день болезни, 12 день госпитализации:** Состояние крайне тяжелое. **Уровень сознания сопор**, ОПЭ 3 степени, отек головного мозга, ДВС 3 ст. Температура тела субфебрильная. Дыхание ИВЛ через трахеостому в режиме СРАР. Уровень печени + 0,5 см под края реберной дуги, пальпация доступна, край печени мягкое, эластичное.
- **09.04.2016 г. 17 день болезни, 14 день госпитализации 13 день лечения TNF:** **Состояние в динамике положительное, остается тяжелым. Уровень сознание ясное, вялая, адинамичная, команды выполняет.** Кожные покровы желтуха выросла. Видимых проявления геморрагии нет. Дыхание ИВЛ через трахеостому в режиме СРАР. Уровень печени + 1,0 см под края реберной дуги, пальпация доступна, край печени мягкое, эластичное.
- **11.04.2016 г. 19 день болезни, 16 день госпитализации:** **Состояние в динамике положительное, остается тяжелым. Уровень сознание ясное, адекватно выполняет команды. Пытается отвечать на вопросы. Кожные покровы желтуха выросла.** Видимых проявления геморрагии нет. Дыхание самостоятельное, адекватное, удалена трахеостомическая трубка (деконюляция). **Уровень печени + 1,0 см** под края реберной дуги, пальпация доступна, край печени мягкое, эластичное. **На этом фоне формируется холестаз в большой степени печеночного генеза с нарастанием общего билирубина.**

Осмотр консультантов:

- **Осмотр фтизиатра от 29.03.2016 г.** Заключение: Остаточные изменения перенесенного туберкулеза в/доле правого легкого.
- **Осмотр гематолога от 29.03.2016 г.** Железодефицитная анемия легкой степени. Беременность 20 недель.
- **30.03.2016 г. 22:30. Осмотр дежурным гинекологом:** Закл- кровянистые выделения обусловленное ДВС синдромом III ст. **31.03.2016 г. 01:55,06:20** Повторные осмотры: За время наблюдения данных за кровотечения нет.
- **31.03.2016 г. Осмотр директора ЦП и ДКХ Жакашевой Э.К. доцента Еспаевой Р.Н., ответственный дежурного гинеколога ЦГКБ Малиевой Э. Х.** диагноз: Полный самопроизвольный поздний выкидыш в 19-20 недель.
- **Осмотр невропатолога ГКБ №7 от 31.03.2016 г.** Острое дисметаболическое энцефалопатия. Отек головного мозга.
- **Осмотр гинеколога от 31.03.2016 г. 15:30 час.** Рекомендовано: Выскабливание полости матки.
- **Консультация гематолога от 31.03.2016г.** диагноз: Вторичная коагулопатия на фоне фульминантной формы вирусного гепатита В. Печеночная энцефалопатия 3 ст., ДВС 2 ст, Вторичная анемия.
- **Осмотр окулиста от 01.04.2016 г.** Данных за отек, застойный диск нет.

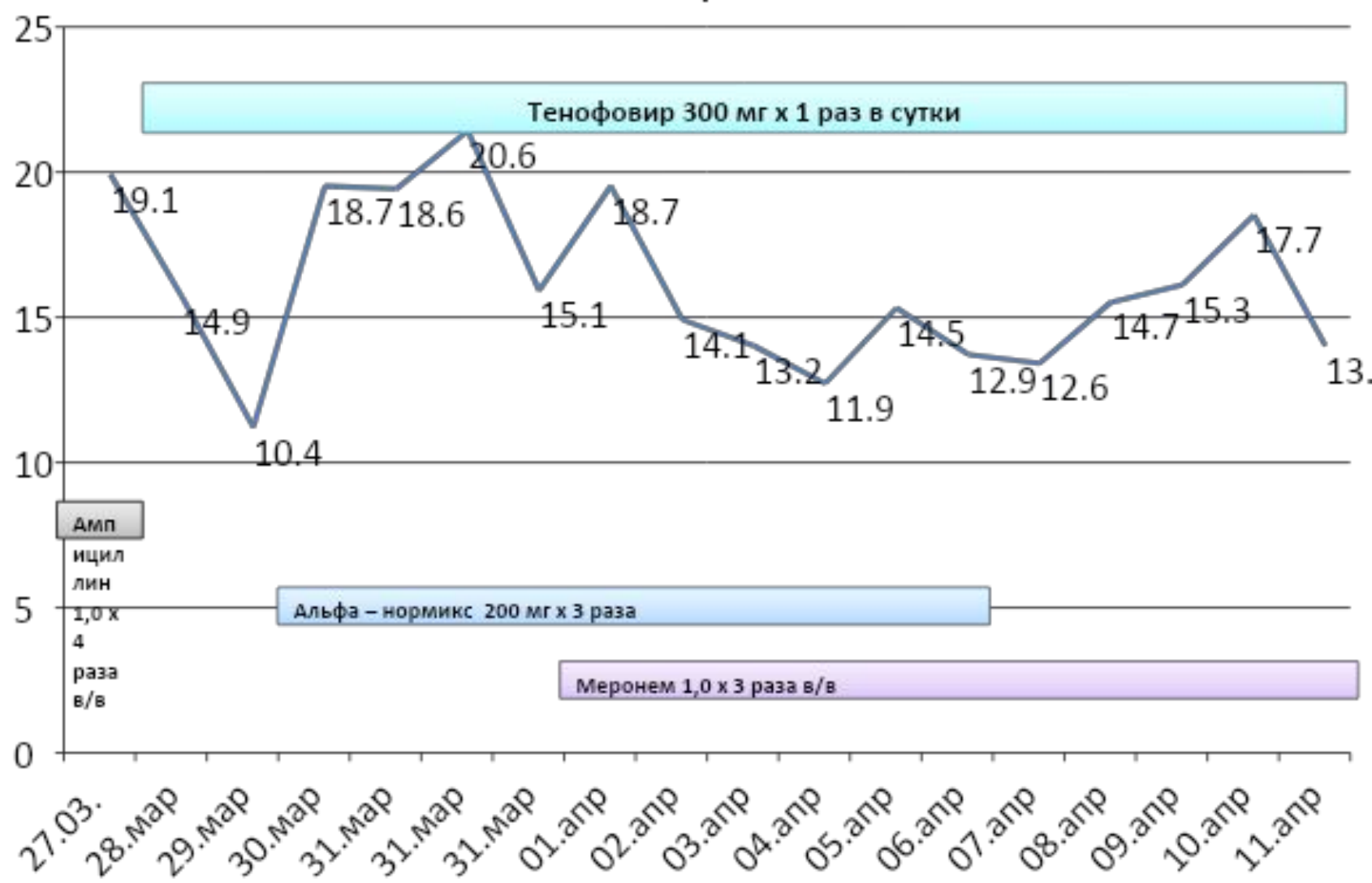
Инструментальные исследования:

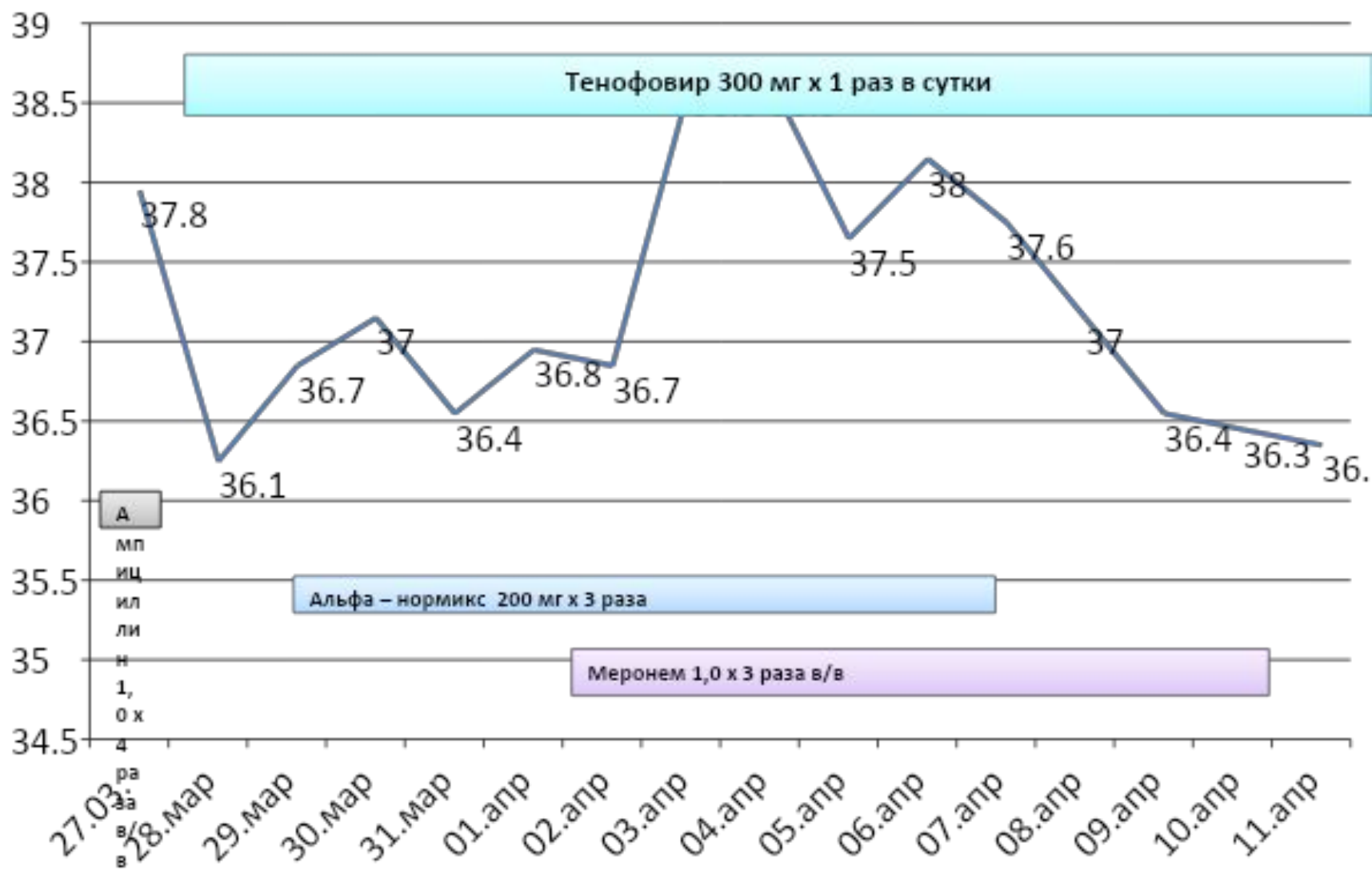
- ЭКГ – без острой коронарной патологии.
- **УЗИ органов брюшной полости и почек** от 27.03.2016 года – гепатомегалия. Диффузные изменения в паренхиме печени и поджелудочной железы. Хронический холецистит. Двухсторонний хронический пиелонефрит.
- **УЗИ органов брюшной полости и почек** от **29.03.2016 г.** Гепатомегалия умеренно выраженная. Диффузные изменения паренхимы печени и поджелудочной железы. Расширение внутривенных желчевых протоков. Уплотнение стенки желчного пузыря. Деформация желчного пузыря. Полип? Желчного пузыря. УЗ признаки перихолицистита. Каликоэктазия правой почки. Деформация ЧЛС обеих почек.
- **УЗИ плода** – беременность 19-20 недель. УПБ. Низкая плацентация. Не исключается киста головного мозга плода.
- **УЗИ сердцебиение плода** от **28.03.2016 г. 9:43 ч.** – Сердцебиение плода +. Двигательная активность плода +.
- **УЗИ ОБП и ОМТ** от **29.03.2016 г.** Маточная беременность в сроке 19-20 недель. Диффузные изменения в паренхимы печени.
- **УЗИ печени и сердцебиение плода** от **31.03.2016 г. г. 10:10 час.** Печень: Правая доля – 12,74 см, Левая доля – 6,42 см. Структура – диффузно не однородная, неравномерная зернистость, единич. ЭХОпл. включение. ЭХО плотность неравномерно повышение. Порт. вена - - 0,94 см. Холедох – 0,40 см. внутривеноч. желчевыв. протоки умеренно расширены.
- Сердцебиение плода +, двигательная активность +.
- **УЗИ контроль** от **31.03.2016 г.** При сканировании матка : 83,7 x 68,7 x 74,0 мм, шейка матки: 56,0 x 48,0 x 44,0 мм. Полости – расширена до 14,6 мм с гипоехогенным содержимым. Заключение: Гематометра. Состояние после выскабливания.
- **УЗИ печени** от **01.04.2016 г. 8:23 час.** Печень: Левая доля – 6,57 см, правая доля – 13,28 см. контур, четкий, ровный. Структура – неравномерно зернистое, диффузно не однородная. ЭХО пл. мелкоточ. Включение. ЭХО пл – сть – умеренно повышена, внутривеночные протоки умеренно расширены.
- УЗИ от 02.04.2016 г. Заключение: Неоднородное содержимое в полости матки.
- **УЗИ от 04.04.2016 г. Заключение: Неоднородное содержимое в полости матки. Остатки плодного яйца.**
- УЗИ ОБП от 06.04.2016 г. Диффузные изменения паренхимы печени. Отечная стенка желчного пузыря. Сладжи желчи. Расширенные чашечки в левой почки.
- УЗИ от 06.04.2016 г. Эхопризнаки гематометрии.
- УЗИ ОБП от 08.04.2016 г. Диффузные изменения паренхимы печени и поджелудочной железы. Выраженные сладжи желчи в желчном пузыре. Отечная стенка желчного пузыря. Каликоэктазия лев. почки.
- УЗИ от 11.04.2016 г. На момент осмотра полости матки патологических включений, крови не визуализируется.
- УЗИ ОБП от 11.04.2016 г. Диффузные изменения паренхимы печени и поджелудочной железы - умеренные. Холестаз (сладж желчи в желчном пузыре) Отечная стенка желчного пузыря. Умеренное расширение холедоха. Умеренно выражен рисунок пирамидок обеих почек.
- **Рентгенография ОГК** от **27.03.2016 г.** Правосторонний в/долевая бронхопневмония пневмония
- **Рентгенография ОГК** от **29.03.2016 г.** Правосторонняя в/долевая (дифференцировать туберкулезом). Незначительная кардиомегалия. Не исключается легочная гипертензия.

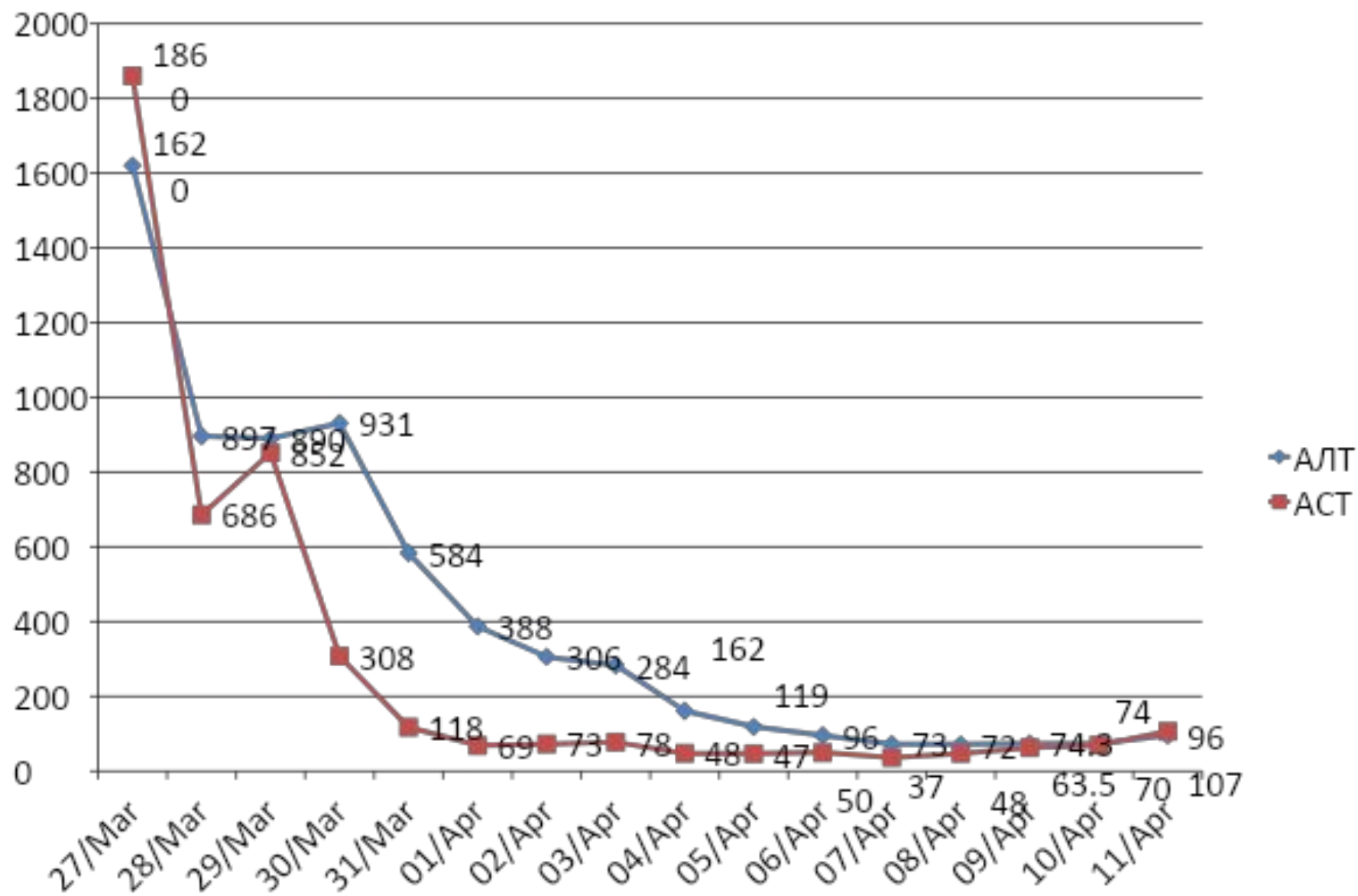
Лабораторные данные:

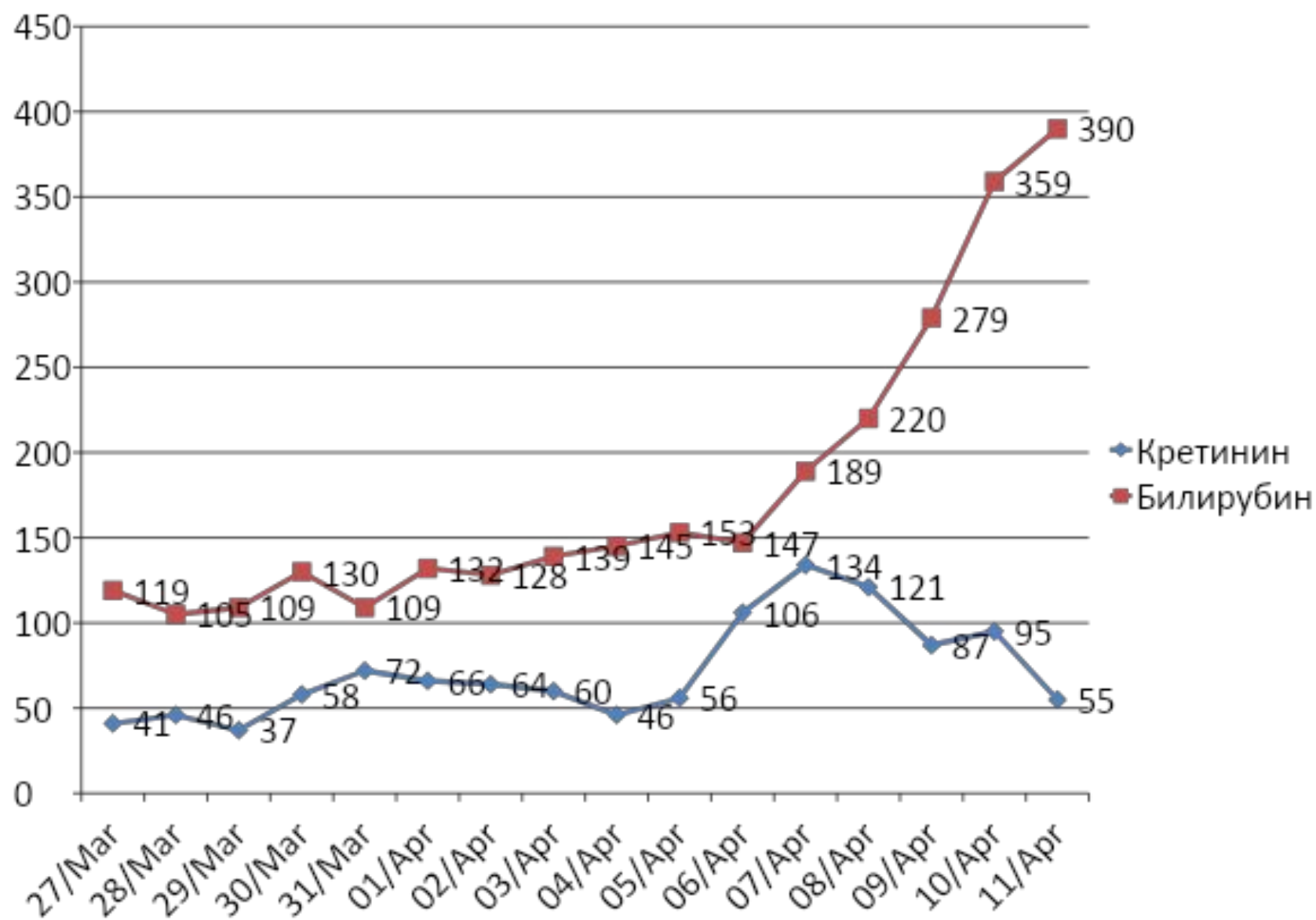
- **Маркеры вирусных гепатитов: HBsAg+, antiHBcore IgM+, antiHBcore total +, HBe Ag+.**
- Микроскопическое исследование мокроты на тbs 3 – хкратно от 29.03.2016 г. – отрицательный.
- G-хpert мокроты от 30.03.2016 г. – отрицательный.
- ИФА на ВИЧ от 28.03.2016 г. № 1101197967 – отрицательный.
- **ИФА от 27.03.2016 г. на ВПГ IgG, ЦМВ IgG, ВЭБ IgG – положительный.**
- ИФА от 27.03.2016 г. на иерсиниоз, листериоз, бруцеллез – отрицательный.
- ИФА от 27.03.2016 г. бруцеллез, иерсиниоз, листериоз – отрицательный.
- Реакция Райта №8 от 28.03.2016 г. – отрицательный.
- Реакция Хеддельсона №7 от 29.03.2016 г. – отрицательный.
- **ПЦР на ВГ от 27.03.2016 г. ДНК HBV – положительный.**
- **ПЦР на ВГ от 29.03.2016 г. ДНК HBV – положительный. (21314 МЕ/мл)**
- Бак. посев крови на листериоз от 08.04.2016 г - отрицательный.
- Бак. посев крови на иерсиниоз от 08.04.2016 г. – отрицательный.
- Бак. посев мочи на иерсиниоз от 08.04.2016 г. – отрицательный .
- Бак. посев кала на иерсиниоз от 08.04.2016 г. – отрицательный .
- Кровь на стерильность от 08.04.2016 г. – отрицательный.
- **Бак. посев мокроты от 05.04.2016 г. Staphylococcus saprophyticus 10⁷**
- ОАЛ от 31.03.2016 г. Цитоз – 7 в мл³, белок – 0,033%, Панди +-, глюкоза 6,5 ммоль/л, лимфоциты 7 кл.
- ОАЛ от 07.04.2016 г. Цитоз – 2 в мл³, белок – 0,033%, Панди +, глюкоза 7,0 ммоль/л, лимфоциты 2 кл.

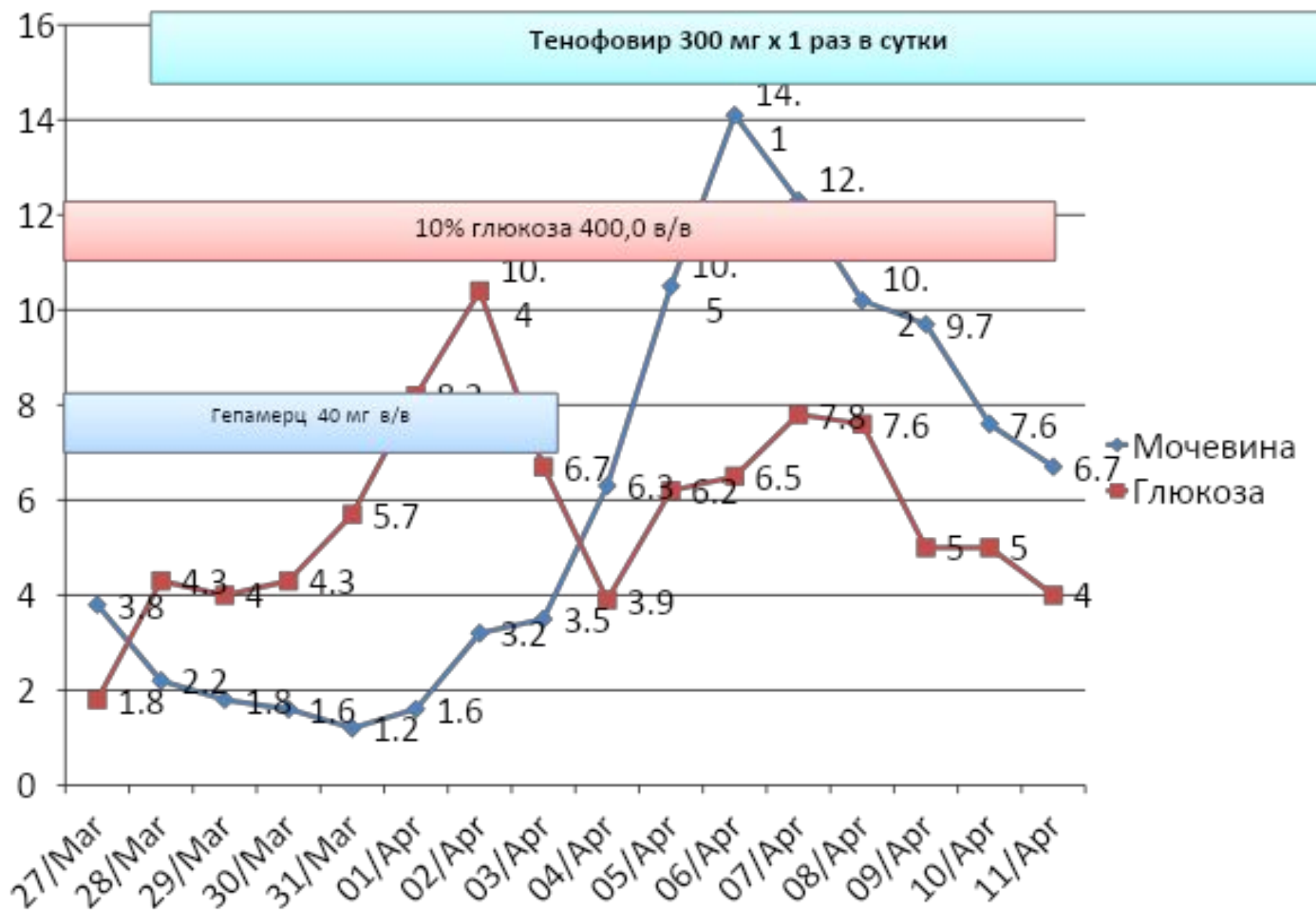
Лейкоциты



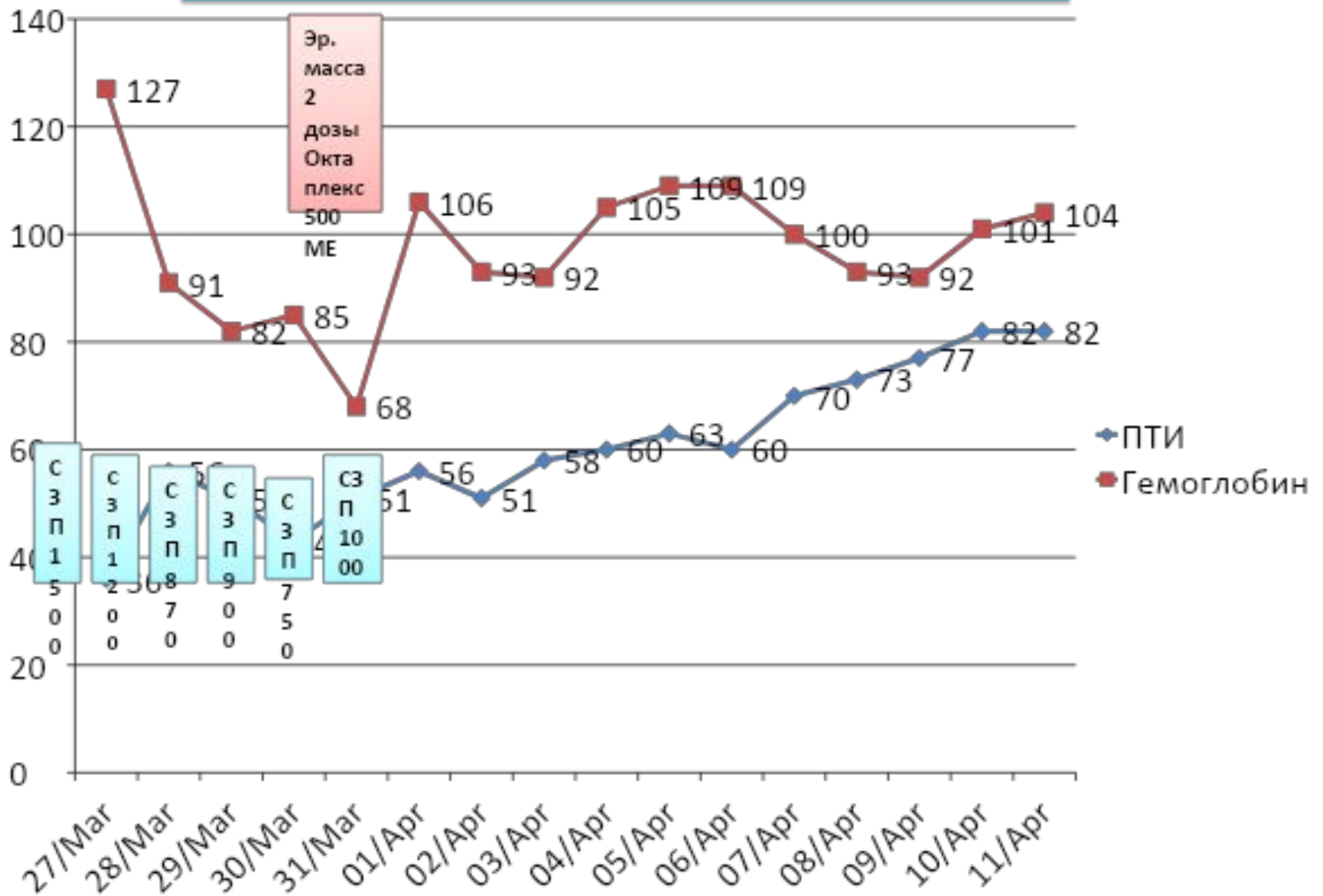




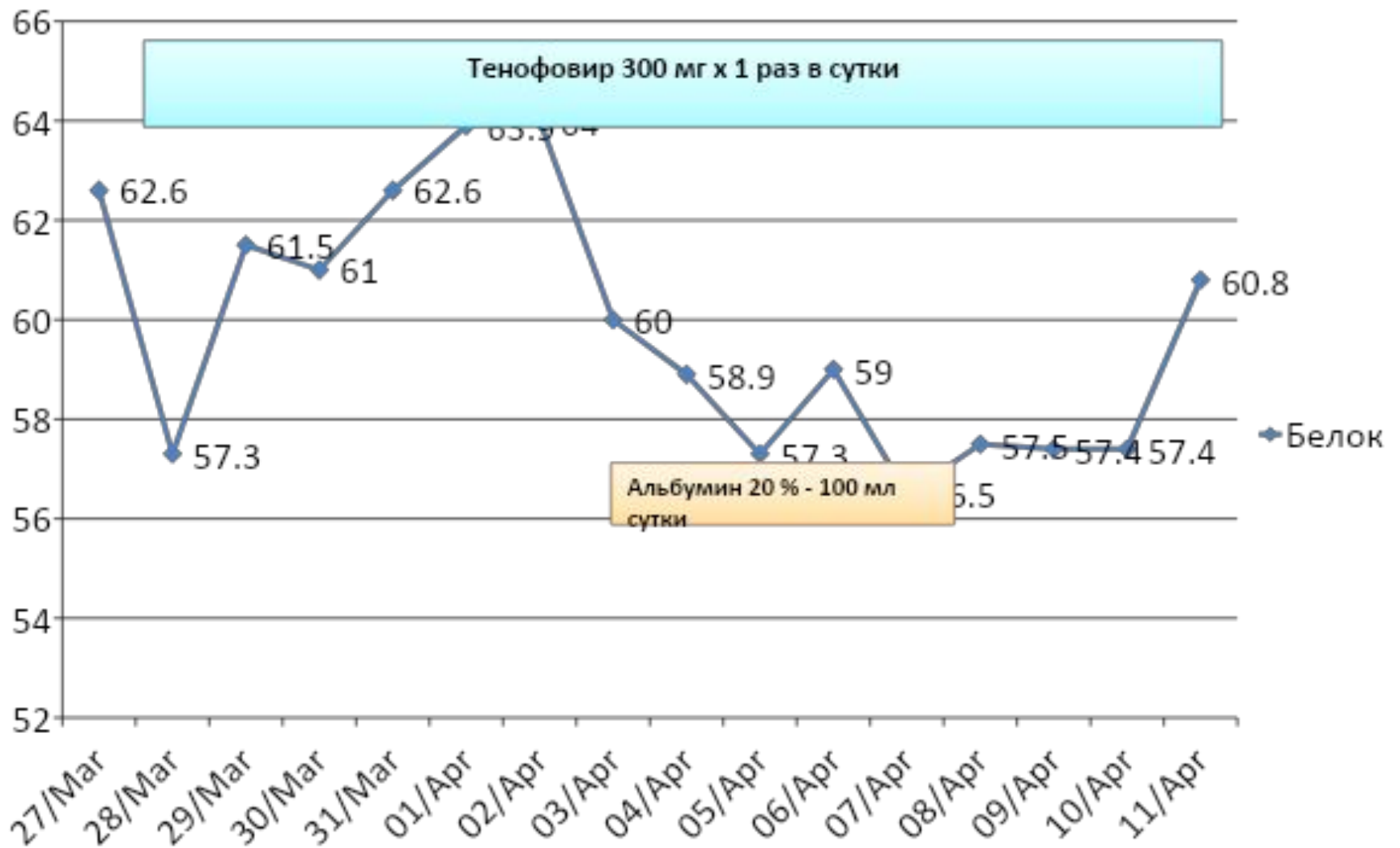




Тенофовир 300 мг x 1 раз в сутки



Общий белок



Выводы:

- Отмечалось тяжелое течение острого вирусного гепатита В у беременной женщины, которое при поступлении было расценено как фульминантное, учитывая быстрое прогрессирование симптомов печеночной недостаточности вплоть до комы 1 ст, дефицит факторов коагуляционного гемостаза, коагулопатия потребления., отека головного мозга, массивного некроза печени.
- Пациентка не обследована на ВГ и не вакцинирована
- Заражение пациентки произошло после стоматологических манипуляций в частном стоматологическом кабинете.
- Беременность явилась отягчающим фоном заболевания и закончилась самопроизвольным выкидышем на 8-й день болезни, 6-й день пребывания в стационаре.
- Тенофовир в дозе 300 мг\сут. Оказал выраженный терапевтический эффект в виде быстрого снижения репликации вируса гепатита В (в 17.6 раз в течение 1 месяца с 21304 МЕ/мл до 828 МЕ/мл), разрешения печеночно-клеточной недостаточности, регресса острой печеночной энцефалопатии, коагулопатии, увеличению размеров печени, с тенденцией к нормализации биохимических проб печени.
- Отмечается хорошая переносимость тенофовира. Из побочных эффектов отмечено повышение уровня креатинина, не потребовавшего отмены препарата.