

УДК: 616.9

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ У РЕБЕНКА 9 ЛЕТ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Гекман Елена Владимировна¹, Краснова Елена Исаковна^{1,2}

¹Кафедра инфекционных болезней, фтизиатрии и пульмонологии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

²ГАУЗ СО «Детская городская клиническая больница №9»

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. ВИЧ-инфекция – болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека – антропонозное инфекционное хроническое заболевание, характеризующееся специфическим поражением иммунной системы, приводящим к медленному ее разрушению до формирования синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД), сопровождающегося развитием оппортунистических инфекций и вторичных злокачественных новообразований. Отмечается рост заболеваемости ВИЧ среди детей и подростков, 11,4 тыс. которых находилось на диспансерном лечении в 2020 году. Особенно увеличивается доля инфицированных подростков, достигшая в 2021 году 50% среди всех заболевших детского возраста. **Цель исследования** — описание клинического случая ВИЧ-инфекции у ребенка в возрасте 9 лет. **Материал и методы.** История болезни ребенка с ВИЧ-инфекции, тяжелой степени тяжести. **Результаты.** Описание клинической картины ВИЧ-инфекции у ребенка 9 лет, динамика заболевания. **Выводы.** Тяжелая степень тяжести заболевания установлена на основании клинической картины и лабораторных показателей. Лейкопения и тромбопения связаны с действием фактора патогенности - вирусом иммунодефицита человека и его прогрессированием.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция у детей, клинический случай

HIV INFECTION IN A 9-YEAR-OLD CHILD. CLINICAL CASE

Gekman Elena Vladimirovna¹, Krasnova Elena Isakovna^{1,2}

¹Department of Infectious Diseases, Phthisiatry and Pulmonology

Ural State Medical University

²Children's City Clinical Hospital № 9

Yekaterinburg, Russia

Abstract

Introduction. HIV infection is a disease caused by the human immunodeficiency virus – an anthroponotic infectious chronic disease characterized by a specific lesion of the immune system, leading to its slow destruction before the formation of acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), accompanied by the development of opportunistic infections and secondary malignant neoplasms. There is an increase in the incidence of HIV among children and adolescents, 11.4 thousand of whom were on dispensary treatment in 2020. The proportion of infected adolescents is especially increasing, reaching 50% of all childhood cases in 2021. **The aim of the study** – to describe a clinical case of HIV infection in a child aged 9 years. **Material and methods.** The medical history of a child with HIV infection, severe severity. **Results.** Description of the clinical picture of HIV infection in a 9-year-old child, the dynamics of the disease. **Conclusion.** The severity of the disease is determined based on the clinical picture and laboratory parameters. Leukopenia and thrombopenia are associated with the action of a pathogenicity factor - the human immunodeficiency virus and its progression.

Keywords: HIV infection in children, clinical case.

ВВЕДЕНИЕ

ВИЧ-инфекция – болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека – антропонозное инфекционное хроническое заболевание, характеризующееся специфическим поражением иммунной системы, приводящим к медленному ее разрушению до формирования синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД). Часто сопровождается развитием оппортунистических инфекций и вторичных злокачественных новообразований [1]. Общемировое число людей, живущих с ВИЧ, в 2022 г. составило 39 млн человек. Число новых случаев инфицирования ВИЧ в 2022 г. - 1,3 млн человек. Число людей, умерших от связанных со СПИДом болезней в 2022 г. - 630 000 человек [2]. В настоящее время в России проживает 10000 ВИЧ-инфицированных детей.

В последнее время отмечается рост заболеваемости ВИЧ среди детей и подростков. Во всем мире в 2021 году около 1,7 млн детей в возрасте до 14 лет имели ВИЧ-инфекцию (4% от общей заболеваемости во всем мире). Каждый год еще около 160 000 здоровых детей заражаются (10% всех новых случаев инфицирования) и около 100 000 детей умирают [2].

В конце 2020 г. была утверждена Государственная стратегия противодействия распространению ВИЧ-инфекции в РФ на период до 2030 г., целью которой является предупреждение распространения ВИЧ-инфекции путём достижения постоянного снижения числа новых случаев среди населения и снижения смертности от заболеваний, ассоциированных с ВИЧ-инфекцией и СПИД [1]. В 2022 году руководитель научно-исследовательского отдела эпидемиологии и профилактики СПИД при Роспотребнадзоре оценивал общее количество ВИЧ-инфицированных в 1,5 млн [3].

Цель исследования — описать клинический случай ВИЧ-инфекции у ребенка в возрасте 9 лет.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Был проведен анализ литературных статей, изучение анамнеза пациента, анализ первичной медицинской документации на базе ГАУЗ СО «ДГКБ № 9», изучение клинической картины.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В работе описан клинический случай: ребенок М., возраст 9 лет, находился на стационарном лечении в ГАУЗ СО «ДГКБ № 9» с 29.12.2023 по 30.01.2023 г., был переведен из ОДКБ № 1.

Из анамнеза заболевания: со слов бабушки, в возрасте 2 лет госпитализация в Таджикистане по поводу 2-стороннего плеврита. В последующем повторные госпитализации, где проводилась бронхоскопия с посевом лаважной жидкости. Микобактерии туберкулеза выявлены не были. Признан инкурабельным, связывают с врожденным генетическим заболеванием (неуточнено). Ухудшение в течении последних 2 месяцев: сон в полусидячем положении, подъемы температуры до 39 °С, кашель, затрудненное дыхание. Со слов бабушки - лечение цефтриаксоном, дексаметазоном, эуфилином (выписка не представлена), исключены туберкулез, онкология. Двукратно проведена р. Манту (результат - отрицательно). 8.12.2023 - прилетел в Екатеринбург, в аэропорту вызвана скорая медицинская помощь (СМП) по причине ухудшения состояния, SaO₂ 85%. Бригадой СМП доставлен в ДГКБ № 11.

Из анамнеза жизни: от 1 беременности, протекавшей без особенностей, близкородственный брак (отец и мать двоюродные брат и сестра). Роды первые, самостоятельные. Вакцинирован БЦЖ в родильном доме. Перенесенные заболевания: повторные ОРВИ, бронхит с бронхообструктивным синдромом, пневмония. Наследственность не отягощена. Из эпидемиологического анамнеза: отец — от 20.12.2023 ИФА ВИЧ и Agp24 - не обнаружен; бабушка — от 25.12.2023 ИФА ВИЧ и Agp24 - не обнаружен; мать — на территории РФ не проживает, на ВИЧ-инфекцию не обследована.

Госпитализация в ДГКБ № 11 с 8.12.2023 по 19.12.2023. Результаты лабораторно-инструментальных исследований: в ОАК от 17.12.2023 лейкоцитоз $18,9 \cdot 10^9$, нейтрофилез 93%, анемия (Hb 97 г/л, RBC $4,12 \cdot 10^{12}$). В б/х анализе крови от 8.12.2023 СРБ 173,19 мг/л; ПКТ от 18.12.2023 0,76. ПЦР на респираторные вирусы от 13.12.2023 – обнаружен бокавирус. ИФА на атипичную флору: М. Pneumonia IgM 9.75, IgG 27.64. ИФА на ВИЧ, ПЦР (кровь) на ВИЧ - положительные. Рентгенография ОГК от 08.12.2023: признаки 2-стороннего адгезивного плеврита, лимфаденопатия внутригрудных лимфатических узлов. УЗИ органов брюшной полости от 09.12.2023: гепатоспленомегалия, диффузные изменения печени, селезенки. Увеличение размеров и диффузные изменения поджелудочной железы. Патологии почек не выявлено. ЭХО-КС: регургитация митрального клапана (МК) 0-1 ст. Дополнительные хорды левого желудочка (ДХЛЖ).

С 17.12.2023 ухудшение состояния, нарастание симптомов дыхательной недостаточности, десатурация O₂ до 65% на фоне кислородотерапии 4л/мин., переведен в ОРИТ, респираторная поддержка высокопоточной оксигенотерапией (ВПОТ). 18.12.2023 консультирован врачом-инфекционистом «ОУ СПИД», выставлен диагноз: ВИЧ-инфекция 4В стадия, прогрессирование без АРВТ. 19.12.2023 - стабилизация состояния, переведен в ГКБ №

40. Лечение за период госпитализации в ДГКБ № 11: цефоперазон+сульбактам, ванкомицин, кларитромицин, ко-тримаксазол, флуконазол.

С 19.12.2023 по 28.12.2023 - госпитализация в ГКБ № 40, по результатам лабораторно-инструментального обследования наблюдалось уменьшение воспалительного процесса по сравнению с показателями при госпитализации в ДГКБ № 11. КТ ОГК от 21.12.2023: 2-сторонние бронхоэктазы, 2-сторонние консолидации, 2-сторонний бронхиолит. Медиастинальная лимфаденопатия. Описанные изменения соответствуют туберкулезу или нетуберкулезному микобактериозу. Консультирован фтизиатром 19.12.2023 и в динамике 25.12.2023: исключен туберкулез органов дыхания, больше данных за течение нетуберкулезного микобактериоза на фоне ВИЧ-инфекции. Рекомендовано проведение неспецифической химиопрофилактики: изониазид, пиразинами, витамин В6, гепатопротекторы. Консультация инфекциониста ГАУЗ СО «ОУ СПИД», заключение: ВИЧ-инфекция 4в стадии, прогрессирование без АРВТ. Внебольничная 2-сторонняя пневмония смешанной этиологии (бактериально-грибковой?). Лимфаденопатия. Гепатоспленомегалия. Кандидоз мошонки. Вторичная тромбоцитопения, легкой степени тяжести. Анемия смешанной этиологии, легкой степени. Рекомендовано проведение санационной и диагностической бронхоскопии; продолжить ко-тримаксазол. Назначение антиретровирусной терапии (АРВТ) через 7-10 дней, после уточнения легочного процесса.

С 28.12.2023 по 29.12.2023 госпитализация в отделение торакальной хирургии ОДКБ. Рентгенография ОГК от 28.12.2023 г.: 2-сторонняя полисегментарная пневмония, 2-сторонний плеврит, незначительное количество жидкости в плевральной полости. УЗИ плевральной полости от 28.12.2023: 2-сторонний гидроторакс, больше выраженный слева (2 мм справа, 3 мм слева). 29.12.2023 проведена диагностическая и санационная бронхоскопия: диффузный 2-сторонний катаральный трахеобронхит 3 ст. Лаважная жидкость направлена на галактоманнан в туберкулезный диспансер. Электролиты пота для исключения муковисцидоза: 33 ммоль/л (отр.) 29.12.2023 консультирован клиническим фармакологом ОДКБ, в терапии: смена АБТ на комбинацию цефепим + сульбактам 1,5 г 2 раза в/в + ванкомицин в/в 300 мг 3 раза в сутки.

С 29.12.2023 - госпитализация в инфекционное отделение ДГКБ № 9. Данные объективного обследования на момент поступления в ДГКБ № 9: состояние с момента госпитализации тяжелое. ЧД 28 - 32 в мин., O₂-зависимость, SaO₂ на фоне кислородотерапии 98%, АД 103/65 мм рт ст. В сознании, реакция на осмотр адекватная. Вес 21,6 кг (+1,8 кг). Низкий рост. Отстает в морфофункциональном развитии. Грудная клетка симметрична, килевилной формы; живот увеличен в размерах за счет гепатоспленомегалии. Ногтевые ложа на кистях рук и стоп в виде «часовых стекол», пальцы кистей рук и стоп в виде «барабанных палочек». Изменение ногтевой пластины большого пальца левой кисти. На коже лица контактный моллюск. Кожные покровы смуглые, бледные. Гипертрофия миндалин 1 ст. Саливация достаточна. Кариес. Участие в дыхании вспомогательных мышц грудной клетки, втяжение межреберий. Кашель продуктивный. Перкуторно определяется незначительное укорочение легочного звука, преимущественно в задненижних отделах. Аускультативно дыхание проводится по всем полям, обилие влажных разнокалиберных хрипов по всем полям с обеих сторон. Тоны сердца ритмичные, несколько приглушены. Живот увеличен в размерах, доступен пальпации во всех отделах. Гепатоспленомегалия: печень +7,0 см, плотная, безболезненная; селезенка +6 см, плотная, безболезненная, за время госпитализации сократилась. Диурез не нарушен. Стул 1 раз в сутки. За период госпитализации состояние стабильно тяжелое.

По данным ОАК при поступлении: тромбоцитопения, нейтрофилез. Приведена динамика общего анализа крови (таблица 1), биохимических показателей (таблица 2), комплексной оценки системы гемостаза (таблица 3).

Таблица 1

Динамика общего анализа крови

| Дата | WBC *10 ⁹ /л | RBC *10 ¹² /л | HGB г/л | Тр *10 ⁹ / л | с/я % | LYM % | Mon% | Эоз % | Баз % | СОЭ мм/час |
|------|----------------------------|-----------------------------|------------|-------------------------------|-------|----------|------|----------|----------|---------------|
|------|----------------------------|-----------------------------|------------|-------------------------------|-------|----------|------|----------|----------|---------------|

| | | | | | | | | | | |
|-------|-------|------|-----|-----|------|------|------|------|------|----|
| 29.12 | 11,83 | 3,71 | 100 | 149 | 69 | 22 | 7,4 | 0,8 | 0,2 | |
| 31.12 | 5,68 | 3,67 | 94 | 145 | 44,8 | 33,1 | 12,9 | 8,3 | 0,9 | 38 |
| 05.01 | 4,53 | 4,15 | 105 | 96 | 35,2 | 35,2 | 27,8 | 13,8 | 22,5 | 35 |
| 09.01 | 4,1 | 3,82 | 96 | 98 | 38,3 | 38,5 | 16,6 | 5,9 | 0,7 | 39 |
| 12.01 | 4,11 | 4,13 | 106 | 183 | - | - | - | - | - | - |
| 13.01 | 3,53 | 4,01 | 101 | 187 | 30 | 49 | 18 | 1,4 | 0,8 | 12 |
| 17.01 | 3,58 | 4,06 | 114 | 139 | 22,3 | 51,7 | 22,1 | 3,1 | 0,8 | 44 |
| 26.01 | 4,58 | 5,15 | 131 | 110 | 28,8 | 46,3 | 17,7 | 5,9 | 1,3 | 3 |
| 30.01 | 5,77 | 4,67 | 118 | 76 | 26,9 | 52,7 | 14,2 | 5,5 | 0,7 | 20 |

Заключение: по результатам ОАК наблюдается лейкопения, тромбоцитопения, повешенное СОЭ на протяжении всей госпитализации, в ОАМ - наличие белка и слизи в середине госпитализации.

Таблица 2

Динамика биохимических показателей

| | 31,12 | 05,01 | 09,01 | 17,01 | 26,01 | 30,01 |
|-------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Билирубин общий ммоль/л | 7,5 | 6,9 | 7,8 | 9,9 | - | - |
| Билирубин пр ммоль/л | 1,8 | 1,2 | 1,2 | - | - | - |
| Билирубин непр ммоль/л | 5,7 | 5,7 | 6,6 | 10,0 | - | - |
| АЛТ ед/л | 14,5 | 22,3 | 25,8 | 20,2 | 14,9 | 13,9 |
| АСТ ед/л | 22,6 | 34,9 | 43,8 | 49,8 | 26,7 | 25,7 |
| ЩФ ед/л | 205 | 265 | 257 | 238 | - | - |
| Липаза | - | - | 150 | - | - | - |
| Амилаза ед/л | 160 | 168 | 195 | 215 | 149 | 130 |
| Кальций ед/л | 2,3 | - | - | - | 2,4 | 2,4 |
| Мочевина ммоль/л | 3,9 | 3,8 | 4,6 | 3,0 | 4,5 | 3,3 |
| Креатинин ммоль/л | 14 | 17 | 17 | 19 | 19 | 18 |
| Общий белок г/л | 95,2 | 95,5 | 92,6 | 98,9 | 102,7 | 100,8 |
| Альбумин г/л | 35,6 | - | - | - | - | - |
| Глюкоза | 4,4 | 4,6 | 4,3 | 4,2 | 4,6 | 4,3 |
| СРП мг/л | 43 | 28,8 | 25,8 | 4,1 | 3,0 | 1,4 |
| АСЛО МЕ/мл | 24 | 27 | 26 | 32 | - | - |
| Калий ммоль/л | 4,17 | 4,1 | - | - | 4,4 | 4,13 |
| Натрий ммоль/л | 138,5 | 136,4 | - | - | 139,6 | 140,7 |
| Ферритин мкг/л | 62,8 | - | - | - | - | - |
| ЛДГ ед/л | 167 | - | - | - | - | - |
| ХС | 4,3 | - | - | - | - | - |
| ЛПСВП | 1,4 | - | - | -- | - | - |
| ЛПСНП | 3,1 | - | - | - | - | - |
| ТГ | 1,0 | -- | - | - | - | - |

Заключение: повышенное содержание в крови амилазы, общего белка, С-реактивного белка, пониженное содержание креатинина на протяжении всей госпитализации.

Таблица 3

Динамика комплексной оценки системы гемостаза

| | 31.12.2023 | 12.01 | 17.01 | 30.01 |
|----------------------------|--------------------------------------|-------------------|-----------------|-------|
| ПТИ, % | 111 | 113 | 99 | - |
| Фибриноген, г/л | 3,7 | 4,8 | 2,9 | - |
| АЧТВ/АПТВ, сек | 32,3 | 34 | 30,3 | - |
| МНО | 0,96 | 0,95 | 1,01 | - |
| Тромбоциты 10 ⁹ | 145 | 183 | 139 | - |
| Заключение | Плазменный гемостаз в пределах нормы | Гиперфибриногемия | Тромбоцитопения | |

Заключение: тромбоцитопения на протяжении всей госпитализации.

По результатам лабораторных исследований и инструментальных исследований был установлен основной клинический диагноз: ВИЧ-инфекция 4В стадия, прогрессирование без АРВТ (ВН 795696 копий). Нетуберкулезный микобактериоз. Двусторонняя полисегментарная пневмония. Двусторонний катаральный трахеобронхит. Двусторонние цилиндрические бронхоэктазы (по КТ ОГК). Бронхиолит. ДН 3 ст. ВИЧ кахексия. Сопутствующий: Хронический левосторонний средний отит, вне обострения. Острый риносинусит. Лимфаденопатия ВГЛУ. Гепатоспленомегалия. Контагиозный моллюск. Вторичная тромбоцитопения, легкой степени. Анемия смешанной этиологии, легкой степени тяжести. Кандидоз мошонки. Онихомикоз большого пальца левой кисти. НКВИ от 18.12.2023, реконвалесцент. Реактивный панкреатит.

С 01.01.2024 отмечалось улучшение самочувствия — стал активнее, сохраняется субфебрилитет, озноб, дыхательные расстройства (дыхание жесткое, двухсторонние хрипы, усиление кашля в ночное время). 24.01.24 – уменьшение размеров печени и селезенки. Выписан из инфекционного стационара 30.01.24 в состоянии средней тяжести по основному заболеванию, отсутствие дыхательных расстройств. Рекомендовано наблюдение педиатра и врача центра СПИД по месту проживания, контроль сатурации, увлажненный кислород при снижении SpO₂ 92 и ниже. Консультация фтизиатра, КТ легких, мокрота, промывные воды желудка, бронхоальвеолярный лаваж (БАЛ) на *Mycobacterium tuberculosis complex*, нетуберкулезные микобактерии в динамике.

ОБСУЖДЕНИЕ

Поздний старт терапии, пропуски приема препаратов, нарушение схемы лечения ставят под угрозу здоровье и жизнь ребенка. При возникновении оппортунистических инфекций, в частности пневмонии, прогрессирующего неврологического заболевания или тяжелого истощения, прогноз является неблагоприятным, если не будет возобновлен вирусологический и иммунологический контроль с комбинированной антиретровирусной терапией (АРТ) [4].

До начала применения АРТ у 10–15% детей заболевание имеет быстрое прогрессирующее течение с появлением симптомов на первом году жизни и летальным исходом в возрасте 18–36 месяцев; считается, что заражение таких детей ВИЧ происходило внутриутробно [4]. Остальная часть детей заражаются при родах или вскоре после рождения, для них характерно более медленное прогрессирование заболевания (выживаемость составляла более 5 лет ещё до введения АРТ в рутинную практику) [5].

У детей, не получающих своевременно АРТ, проявления болезни включают задержку развития, неврологические проблемы (например, потерю или задержку двигательных навыков, раздражительность, плохой рост головы) и пневмонию. В более старшем возрасте при отсутствии АРТ, часто присоединяются рецидивирующие средние отиты, синуситы, бактериальные пневмонии, бактериемия, опоясывающий герпес и лимфоидный интерстициальный пневмонит. Дети старшего возраста и подростки, у которых заболевание проявляется в старшем детском возрасте, могут иметь персистирующую генерализованную лимфаденопатию, кандидоз пищевода и лимфому головного мозга или другой локализации, что аналогично проявлениям у взрослых, не получающих АРТ. Все эти проявления, включая оппортунистические инфекции, встречаются у лиц, получающих комбинированную АРТ, лишь в редких случаях [4].

ВЫВОДЫ

1. Тяжелая форма заболевания установлена на основании клинической картины и лабораторных показателей.
2. Лейкопения и тромбопения связаны с действием фактора патогенности - вирусом иммунодефицита человека и прогрессированием болезни без АРТ.
3. Стадия и фаза заболевания устанавливается только на основании клинических проявлений – по наличию и значимости вторичных заболеваний. Уровень ВН или CD4 не является критерием для определения клинической стадии или фазы заболевания.

4. Учитывая длительное течение заболевания, отсутствие своевременной квалифицированной медицинской помощи, позднее назначение АРВТ, стадию заболевания на момент выявления ВИЧ, прогноз сомнительный

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. ВИЧ - инфекции у детей. Клинические рекомендации по диагностике, наблюдению и лечению ВИЧ [электронный ресурс] – режим доступа: <http://rushiv.ru>>2021/06 PDF (дата обращения 27.03.2024).
2. Информационный бюллетень — Глобальная статистика по ВИЧ [электронный ресурс] – режим доступа: <https://www.unaids.org/ru/resources/fact-sheet.>(дата обращения 27.03..2024).
3. Роспотребнадзор заявил о «рискованной ситуации» с.- [электронный ресурс] – режим доступа: <https://www.interfax.ru>>Russia (дата обращения 27.03..2024);
4. Научное издание. Международная научно-практическая конференция. Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции у детей. Материалы конференции - СПб.: «Человек и его здоровье», 2023 г. – 155 с.
5. Справочник MSD Manual Профессиональная версия [электронный ресурс] – режим доступа: <https://www.msdmanual.com>>профессиональный (дата обращения 27,03.2024).

Сведения об авторах

Е. В. Гекман* – студент лечебно-профилактического факультета

Е.И. Краснова — кандидат медицинских наук, доцент

Information about the authors

E. V. Gekman* – student of Medicine and Prevention Faculty

E.I. Krasnova — Candidate of Sciences (Medicine), Associate Professor

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

e_gekman@mail.ru

УДК: 616.98-036-07-08:578.834.11

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭВУШЕЛДА ПРИ COVID-19

Гуйванюк Анастасия Викторовна¹, Хаманова Юлия Борисовна¹, Лангольф Владимир Андреевич²

¹Кафедра инфекционных болезней, фтизиатрии и пульмонологии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России
Екатеринбург, Россия

²ГАУЗ СО «Городская инфекционная больница город Нижний Тагил»
Нижний Тагил, Россия

Аннотация

Введение. Проблема профилактики и лечения коронавирусной болезни 2019 (COVID-19) по-прежнему сохраняет высокую актуальность, что связано с высоким риском заболевания и тяжелого течения COVID-19. Новой стратегией профилактики и лечения вирусных инфекций, включая COVID-19, являются вируснейтрализующие моноклональные антитела; в настоящее время в мире и РФ для профилактики зарегистрированы комбинированные моноклональные антитела длительного действия тикагевимаб и цилгавимаб (Эвушелд) с нейтрализующей активностью против SARS-CoV-2, включая штамм Омикрон. **Цель исследования** — провести оценку эффективности и безопасности тикагевимаба и цилгавимаба в качестве этиотропной терапии. **Материал и методы.** Проведен анализ 60 историй болезни пациентов, находящихся на стационарном лечении по поводу COVID-19 с 2022 по 2023 год. Соотношение пациентов в основной группе составило 1:1, медиана возраста 73 и 72 года соответственно. В основной группе были пациенты, которым однократно вводили тикагевимаб и цилгавимаб внутримышечно в суммарной дозе 300 мг. В контрольную группу вошли пациенты, которым не проводили этиотропную терапию тикагевимабом и цилгавимабом. **Результаты.** Средняя продолжительность койко-дней в группе пациентов, которым вводился Эвушелд составила на 10,2% меньше по сравнению с контрольной группой. Наблюдались изменения в общем анализе крови - уменьшение среднего показателя лейкоцитов, нейтрофилов и лимфоцитов при выписке по сравнению с поступлением при применении препарата Эвушелд. Средние показатели биохимического анализа крови, такие как АЛТ, мочевины, креатинина, СРБ при выписке снизились по сравнению с показателями контрольной группы. **Выводы.** Данные клинических исследований свидетельствуют об эффективности и безопасности применения у пациентов с COVID-19 комбинации моноклональных антител длительного действия ТЦ (Эвушелд), зарегистрированных по показаниям доконтактной профилактики и лечения COVID-19.

Ключевые слова: тикагевимаб, цилгавимаб, вируснейтрализующие моноклональные антитела, коронавирусная болезнь 2019, COVID-19.

EXPERIENCE OF USING EVUSHELD FOR COVID-19

Guyvanyuk Anastasiya Viktorovna¹, Khamanova Yulia Borisovna¹, Langolf Vladimir Andreevich²

¹Department of Infectious Diseases, Phthisiatry and Pulmonology