

Инкубационный период

Вирусная персистенция

Вирусные гепатиты при беременности

Вертикальная передача вирусных гепатитов

Передача вирусного гепатита от матери к потомству. В районах, эндемичных по гепатиту В, вертикальная передача реализуется на протяжении нескольких поколений, что вероятно определяет высокую частоту носительства вируса гепатита В. В настоящее время “вертикальную передачу” конкретизируют более точно, как “перинатальную передачу”, что делает возможным охарактеризовать различные механизмы ее реализации:

- пренатальную — трансплацентарную;
- интранатальную — непосредственно в родах;
- постнатальную — после родов, во время ухода за ребенком и/или при его кормлении грудью.

В классической эпидемиологии под вертикальной передачей инфекции подразумевают передачу инфекционного агента половыми клетками. Такая передача при вирусных гепатитах отсутствует.

Перинатальная передача инфекции присуща гепатитам В, С, D и G. Особенно часто она реализуется в регионах с высоким уровнем заболеваемости гепатитом В. Считается, что перинатальная передача гепатита В обеспечила его сохранение и распространение в эпоху до широкого внедрения парентеральных манипуляций в практическую медицину. Заражение детей может происходить от матерей больных как острым, так и хроническим гепатитом В, а также вирусоносителей.

В настоящее время считается признанным положение о возможном пренатальном заражении плода гепатитом В. Однако вопрос о том, как часто происходит это заражение, окончательно не решен. Предполагается, что в регионах с высоким уровнем распространения гепатита В трансплацентарное заражение происходит у 5—15% детей, родившихся от матерей-носителей HBsAg. Вместе с тем, существует гипотеза о более частом внутриутробном заражении плода. При этом вирус гепатита В инфицирует плод, однако активной репликации вируса гепатита В в гепатоцитах не

происходит.

Для объяснения этого явления высказано несколько гипотез. Так, предполагается, что материнские анти-НВс оказывают супрессивное влияние на экспрессию вируса гепатита В и его антигенов. После рождения ребенка и элиминации из его организма анти-НВс происходит активация репликации ДНК ВГВ и развитие инфекционного процесса гепатита В. Другим объяснением служит предположение, что репликация вируса гепатита В может происходить только в зрелых гепатоцитах.

Интранатальное заражение ребенка происходит во время родов при прохождении через родовые пути, когда кожа ребенка значительно мацерирована. Высказывается предположение о возможном заражении новорожденных детей в результате заглатывания или аспирации околоплодных вод, в которых имеется вирус гепатита В. Кроме того, предполагают, что резкое сжатие матки (при угрозе аборта, в процессе родов) может привести к попаданию вируса из материнской крови в кровеносную систему плода. В качестве доказательства приводятся данные о возможном отсутствии инфицирования новорожденных детей после того, как их матерям, носителям вируса, было сделано кесарево сечение. Вместе с тем необходимо признать, что истинные механизмы интранатального заражения до сих пор окончательно не ясны. Заражение в родах составляет основную часть в перинатальной передаче гепатита В.

Постнатальное заражение после родов при тесном контакте с матерью-носителем вируса гепатита В происходит реже, чем интранатальное; это прежде всего связано с тем, что большинство детей уже инфицированы в родах. Представляет интерес, что грудное молоко матерей-вирусоносителей не играет большой роли в инфицировании их детей. Так, частота развития гепатита В между детьми, получавшими грудное вскармливание и искусственное, практически не отличается. Заражение новорожденных детей от матерей-носителей вируса гепатита В зависит от многих причин. Известно, что дети, родившиеся от матерей с наличием НВеАg, подвержены повышенному риску инфицирования гепатитом В. Вероятно,

восприимчивость новорожденных детей, родившихся от матерей-носителей ВГВ с HBeAg, как и экспрессия HBeAg у матерей, генетически детерминирована. Этим предположением может быть объяснено, почему у некоторых этнических групп Китая, Тихоокеанского региона перинатальное инфицирование широко распространено, а в странах Африки и Латинской Америки этот путь передачи не столь интенсивен.

Профилактику перинатального гепатита В рекомендуется проводить с помощью вакцинации новорожденных, чьи матери имеют вирус гепатита В. Для повышения эффективности проводимой вакцинации рекомендуется вводить вакцину в сочетании с гипериммунным гаммаглобулином против гепатита В. Перинатальное инфицирование дельта-вирусом встречается гораздо реже, чем при гепатите В. При этом развитие хронической дельта-инфекции у новорожденных детей регистрируется в единичных случаях.

При гепатите С роль перинатального инфицирования в распространении этой инфекции до конца не определена. Появление антител к вирусу гепатита С через 6-12 месяцев после рождения у детей, чьи матери имели антитела, может косвенно свидетельствовать о перинатальном инфицировании. Обнаружение РНК вируса гепатита С в сыворотках крови детей на 1-5 день после рождения делают правомерным предположение о наличии пренатального инфицирования и при этой инфекции.

Внепеченочные поражения при вирусных гепатитах

Обозначают специфические патологические изменения в органах и тканях за пределами печени, происходящие при участии того же этиологического агента, который вызвал или способен вызывать заболевания печени. Эти поражения могут быть обусловлены как прямым цитотоксическим действием вируса, так и разнообразными иммунопатологическими реакциями, в которых вирус гепатита играет роль пускового механизма.

Наиболее подробно внепеченочные осложнения изучены при вирусном гепатите В. Их патология оказывается так или иначе причинно связанной с образованием и отложением в тканях т. н.

иммунных комплексов . Клиническими проявлениями таких внепеченочных поражений при гепатите В считают:

- артриты;
- узелковые полиартерииты;
- гломерулонефриты;
- ревматические полимиалгии;
- вторичные смешанные криоглобулинемии;
- папулезные акродерматиты детей (синдром Джанотти-Крости).

С появлением методов, позволяющих определять геном вируса гепатита В или его фрагменты непосредственно в клетках и тканях зараженного организма, возможности изучения внепеченочных поражений существенно расширились. При хроническом гепатите В ДНК вируса постоянно обнаруживается в лимфоидных клетках, а также у некоторых больных в эпителии желчных путей, поджелудочной железе, почках, коже и других органах. При тяжелых острых формах гепатита В с летальным исходом во многих органах (лимфоузлы, селезенка, половые железы, щитовидная железа, поджелудочная железа, почки, надпочечники) удается определять низкомолекулярные структуры ДНК, напоминающие репликативный посредник вируса. Патогенетическое значение этих находок пока не ясно. На лабораторных моделях гепатита В в виде пекинских уток и канадских лесных сурков, зараженных соответствующими гепаднавирусами было показано последовательное вовлечение в инфекционный процесс печени, поджелудочной железы, селезенки, лимфоузлов и костного мозга. При вирусном гепатите А существование внепеченочных депо размножения вируса предполагается, хотя экспериментальных доказательств не получено. Внепеченочные поражения при гепатитах С, D и E мало изучены, главным образом, из-за отсутствия адекватных лабораторных моделей.

Носительство HBsAg

Наличие HBsAg в организме человека более шести месяцев при отсутствии клинических, морфологических и биохимических признаков гепатита.

В основе патогенетического механизма HBsAg-носительства лежит синтез HBsAg в печени

инфицированного организма, не приводящий к заметному разрушению гепатоцитов. Длительный синтез, в ряде случаев в течение всей жизни, связан с интеграцией ДНК вируса гепатита В. Интегрированный геном ВГВ активно функционирует, продуцируя вирусные белки (HBsAg, HBeAg), в том числе и значительное количество HBsAg. В ядрах около 40% гепатоцитов удается определить HBsAg. Однако, несмотря на это, отсутствуют признаки воспалительного-некротических процессов в печени и уровень активности сывороточных трансаминаз остается в пределах нормы. Данное состояние организма объясняют наличием иммунотолерантности, вызываемое HBeAg. Наличие частичного сходства по аминокислотным последовательностям между HBsAg и HBeAg определяет, что на уровне Т-хелперных клеток их распознавание происходит перекрестно.

У значительной части носителей HBsAg интегрированным оказывается не весь геном, а только ген, ответственный за синтез HBsAg.

Причины, приводящие к формированию носительства у того или иного индивидуума, до конца не определены. Считают, что к факторам, способствующим более частому развитию носительства, могут быть отнесены:

- возраст инфицированных. Носительство HBsAg развивается более чем у 90% новорожденных детей, у 10—15 % детей и молодых людей и 1—10 % взрослых. Столь высокое развитие носительства у новорожденных детей, инфицированных от матерей HBsAg-носителей (особенно с наличием HBeAg), объясняют наличием иммунотолерантности к антигенам вируса гепатита В и, в первую очередь, к HBeAg, который может проникать через неповрежденный плацентарный барьер;
- иммунологический статус организма. У лиц с иммунодефицитными состояниями, вызванными различными причинами (сопутствующими заболеваниями, действием лекарственных препаратов, приемом наркотиков, повышенным ионизирующим излучением и т. д.), значительно чаще

развивается носительство HBsAg. Среди больных СПИДом, у которых нарушена иммунная система организма, носительство HBsAg регистрируется в высоком проценте случаев;

- пол лица, инфицированного вирусом гепатита В. HBsAg-
- носительство несколько чаще развивается у мужчин по сравнению с женщинами. Определяется ли это гормональными, генетическими или иными различиями до сих пор не определено.

Носители HBsAg составляют основной резервуар вируса гепатита В, который может передаваться при переливании крови и ее препаратов, медицинских манипуляциях, половых контактах, тесном общении в семье и коллективах, а также во время родов от матерей-носительниц этого вируса новорожденным.

В настоящее время считается, что на земном шаре проживает более 300.000.000 бессимптомных хронических носителей HBsAg, из них более 3 миллионов в нашей стране. Многочисленные исследования показали повсеместное, но неравномерное распространение носительства HBsAg. Анализируя частоту выявления HBsAg среди здорового населения, проживающего в различных регионах мира, Всемирная организация здравоохранения условно выделила три зоны: районы с низкой (0,2—0,5% — Центральная и Северная Европа, Австралия), умеренной (2,0—7,0% — Восточная Европа, Средиземноморье, Япония, Юго-Западная Азия, Россия) и высокой (8,0—20,0 % — Тропическая Африка, Китай, Южная Азия) частотой носительства этого антигена.

Одним из характерных признаков распространения HBsAg-носительства является мозаичность частоты его выявления среди здорового населения в том или ином регионе, что определяется неодинаковой степенью эндемичности гепатита В в различных населенных пунктах. Так, например, в изолированных деревнях эскимосов на Аляске частота бессимптомного носительства HBsAg колебалась от 1,1 % до 17,2-20,1 %. Аналогичные данные наблюдали и в других регионах мира. Зарегистрированы различия по

частоте носительства HBsAg среди различных расово-этнических групп населения. Так среди лиц негроидной расы частота формирования несколько выше. Является ли это следствием социально-экономических или генетических различий предстоит еще выяснить.

Исследования, проведенные в различных регионах СНГ, показали повсеместное и неравномерное распространение бессимптомного носительства HBsAg. Наибольшая частота выявления носителей HBsAg (8,0-10,0 %) регистрировалась в Узбекистане, Туркмении, Киргизстане и Молдове, наименьшая (до 2,0 %) - в Европейских регионах России и в Белоруссии.

Наряду с региональными различиями в частоте носительства HBsAg наблюдали также особенности в ее возрастной структуре. Выявлены два типа возрастного распределения частоты носительства HBsAg: в регионах с высокой частотой носительства антигена максимальный процент носителей HBsAg регистрируется среди детей младшего возраста с последующим его снижением среди более старших лиц и повторным повышением в возрастных группах 30—40 лет; в регионах с низкой частотой носительства HBsAg наблюдается лишь несколько более высокий процент носителей среди детей старшего возраста в сравнении с другими возрастными группами населения.

Состояние носительства HBsAg может длиться до 10 и более лет, в некоторых случаях пожизненно. Ежегодно 1—2 % носителей HBsAg спонтанно элиминируют HBsAg. Причины и механизмы этого процесса до сих пор не выяснены. Установлено, что появление мутантных форм вируса гепатита В, у которых отсутствует HBeAg, приводит к утрате толерантности, вызывая элиминацию вируса гепатита В при помощи цитотоксических Т-лимфоцитов и естественных киллеров (NK-клеток), которые разрушают инфицированные гепатоциты.

В настоящее время отсутствуют эффективные методы и средства, способные исключить интегрированный геном ДНК ВГВ, вызвав элиминацию HBsAg у носителя.

Лечение гепатита С (противовирусная терапия)

В настоящее время **единственным** (признанным во всем цивилизованном мире) методом лечения гепатита С является **комбинированная противовирусная (противовирусная) терапия препаратами интерферона и рибавирина**. Эффективность терапии находится (по разным оценкам) в диапазоне от 40 до 80 процентов (в зависимости от различных факторов - генотип вируса, пол, возраст больного, и применяемые конкретные препараты и т.д.).

Помните (!!!), что все остальные предлагаемые Вам "уникальные" средства "избавления" от вируса гепатита С - это наглые попытки различных мошенников обеспечить себе финансовое благополучие на Ваших проблемах.

Настоящие рекомендации по порядку обследования и принятию решения на терапию составлены практикующим врачом Жигуном Игорем Михайловичем (г. Алма-Ата) в 2002 году, когда он консультировал больных у нас на форуме. За время, прошедшее с тех пор, рекомендации, практически, не потеряли своей актуальности.

Начнем с того, что **гепатит С** вызывается вирусом, попавшим в организм с перелитой кровью или после другого контакта: пользование одним шприцем, татуаж, пирсинг, гомосексуальные и половые контакты.

Заболевание протекает в двух вариантах - если вирус активно реплицируется, он исподволь повреждает клетки печени (ГЕПАТОЦИТЫ), причем скорость повреждения выше возможностей регенерации (восстановления), то есть происходит замещение гепатоцитов соединительной тканью (рубцом), следовательно - страдают функции печени. Если же репликация медленная, регенеративные способности восстанавливают повреждение.

До сих пор не ясно, чем обусловлен каждый из вариантов, что провоцирует переход спящего, очень медленно текущего, гепатита в более активную форму, повреждающего печень за 10-20 лет. Поэтому, опасность представляет гепатит, протекающий с повышением трансаминаз - маркеров повреждения гепатоцитов.

Пациентам с положительным анализом крови методом ПЦР и ИФА маркерами необходимо контролировать активность гепатита по уровню АЛТ. Если АЛТ в пределах нормы, лечение гепатита С (противовирусная терапия) обычно не рекомендуется. Надо повторять биохимический анализ крови раз в 3-6 месяцев. В небольшом проценте случаев нет прямой корреляции между уровнем трансаминаз (АлТ и АсТ) и повреждением печени. Поэтому, если трансаминазы в норме, рекомендована однократная биопсия печени, которая даст полную

картину в печени на текущий день, а дальше - следим уже по трансаминазам.

ИТАК: АЛТ + ИФА + ПЦР - все, что нужно для диагностики гепатита С. К лечению гепатита С мы переходим только при повышенной АЛТ, наличии маркеров ИФА и положительной ПЦР. **Лечение гепатита начинаем** только после того, как диагноз не вызывает сомнений, то есть:

- получены **ИФА**-маркеры (причем, маркером репликации может выступать NS3 / NS4, причем не в 100%)
- получены результаты анализа крови методом **ПЦР**

Все это должно быть сделано не менее, чем в двух различных лабораториях. И, естественно, результаты - положительные.

Гепатита С без ИФА маркеров не бывает, они сохраняются вне зависимости от результатов лечения. С другой стороны: Нет маркеров - нет гепатита!

Уточнение. По данным последних исследований у коинфицированных **ВИЧ / ВГС** могут отсутствовать антитела к гепатиту С. Т.е. ИФА маркеры отсутствуют, а гепатит С есть, что подтверждается положительным результатом при анализе методом ПЦР.

ПЦР должна проводиться после забора крови разовым шприцем в разовую пробирку.

Полуколичественный анализ крови методом ПЦР для прогноза гепатита С - полумера, дающая весьма расплывчатый результат. Для определения вирусной нагрузки (перед лечением гепатита С) используйте **количественный** анализ крови методом ПЦР.

Качественный ПЦР-анализ (т.е. устанавливающий факт наличия РНК вируса гепатита) может быть **только** либо положительным, либо отрицательным (третьего не дано). Все остальное ("полуположительный", "полуотрицательный", и прочее) не имеет никакого смысла.

Следующим моментом является **активность процесса**. Разумеется, наиболее точную картину дает биопсия. Но она доступна не везде. Погрешность АЛТ - около 20% (то есть у каждого пятого пациента с нормальной АЛТ гепатит имеет активное течение). Поэтому, по возможности: биопсия не помешает.

Генотипов вируса различают 6, еще есть масса субтипов. Однако для определения тактики лечения гепатита С важно "первый" это генотип, или не "первый".

Из 1 генотипа 95% составляет подтип 1в. Поэтому, говоря "1в" - подразумеваем "1", и наоборот. Дело в том, что первый генотип значительно устойчивее при антивирусной терапии, (примерно вдвое, по сравнению с другими генотипами).

Генотипирование обуславливает длительность терапии, ее интенсивность и прогноз.

Количественная оценка вирусной нагрузки - относительно новое понятие, раскрываемое европейскими гепатологами при поддержке фирмы Хоффманн-Ля Рош. Суть в том, что сравнение показателей вирусной нагрузки до лечения и через 12 недель терапии, соответственно, позволяет с высокой вероятностью рекомендовать продолжение терапии (при снижении загрузки в 100 и более раз). Или отменить терапию. (Существует еще спорный вариант - интенсификации терапии). Разумеется, что все это - при условии использования качественных тест-систем и оборудования.

Выгода для пациента - если терапия бесперспективна, он узнает об этом вдвое раньше, и, таким образом, значительно сэкономит свои финансы.

Итак, **стандарты терапии:**

- Наиболее экономный (меньше - никак): **интерферон** (любой инъекционный, никаких свечей или капсул). Доза: 3 МЕ (миллиона единиц) не реже, чем через день. Плюс рибавирин (какой угодно). Доза: не менее 800 мг в день (при 65 кг и меньше) либо 1200 мг (при 85 кг и больше).
- Золотая середина: интерферон по 6 МЕ ежедневно до нормализации АЛТ, затем по 6 МЕ через день (12 недель), после этого - по 3 МЕ через день до окончания терапии + рибавирин в указанном выше количестве.
- Для обеспеченных людей: Пегинтерферон 1 раз в неделю + рибавирин.

О сроках терапии:

- Если уверены, что не 1-й генотип, то обычно срок - 24 недели (рибавирин 800 мг независимо от массы тела).
- Если же вы попали в 50-75% пациентов с 1 генотипом, то срок удваивается - 48 недель (рибавирин в полной дозе).

Конечно, все это осуществляется по указанной схеме и в полном объеме, только если позволяют промежуточные контрольные результаты анализов.

О качестве интерферонов:

Если финансы позволяют только первую схему, то вопросов нет - реаферон (реальдирон - не многим лучше, хоть и вдвое дороже). Дело в том, что для второй схемы лечения гепатита с он подходит с трудом: я

верю в конверсию, перестройку, достижения оборонки - но по степени очистки ... 6 МЕ ежедневно заставляют думать о качестве. Интерферон продуцирует генно-измененный штамм кишечной палочки, и в среду выделяется не только искомый белок, но и продукты ее жизнедеятельности. Поэтому степень очистки меняет цену препарата в разы.

Для полноты картины добавлю, что 80% пациентов, подвергавшихся интерферонотерапии за 17 лет (начиная с 1985 года, когда ВОЗ признала Роферон-А стандартом для рекомбинантных ИФН) - получали 3 МЕ трижды в неделю, но и эффективность такого режима - менее 25%.

О ПЕГах. В мире существует два пегинтерферона: ПегИнtron (производитель - фирма ШерингПлау) и Пегасис (Хоффманн-Ля Рош). В России оба зарегистрированы, лечение гепатита С проводится также в комплексе с рибавирином.

О рибавирине. Ребетол и рибавирин-медуна - близнецы-братья по месту рождения. Весь личный опыт терапии (за исключением 1 пациента) приобретен на медуновском рибавирине - претензий не было. Российских пока два: веро и биофарма (ребетол). Комментариев никаких из-за отсутствия опыта (препараты стали физически доступны менее полугода назад). Документацию не читал, о происхождении могу лишь догадываться. Скоро ожидаются на рынке - египетско/пакистанские копии: возможны проблемы с количеством активной субстанции в таблетке/капсуле. Это принципиально, поскольку доза менее 10 мг/кг неэффективна, а глотать лишние таблетки опасно из-за вероятности передозировки. К побочным относят - анемию (до 10% случаев). Нельзя забывать о контрацепции - 6 месяцев после окончания терапии (для обоих партнеров).

Об УДХК (урсосан, урсофальк). Для профилактики холестаза (выражается зудом, вплоть до отмены терапии) обычно назначаю урсофальк или урсосан, хотя бы до нормализации трансаминаз. Результат: ни одной отмены терапии из-за холестаза.

Об адеметионине. Препарат создавался как антидепрессант, идеален для пациентов на противовирусной терапии при развитии депрессии и холестаза. Для рутинной профилактики дорог, поэтому Гептрал обычно держим в резерве.

Об избыточном весе. Лишние килограммы снижают эффективность терапии. Пациентам с ИМТ более 28 рекомендую Ксеникал на 6-9 месяцев.

В журнале [«Стандарты мировой медицины»](#), номер 1 за 2006 г. был опубликован ряд статей по [стандартам диагностики и лечения гепатита С в США](#). Интересные материалы. Рекомендую прочитать, а, возможно,

распечатать и дать почитать своему лечащему врачу.

Раздел I: Введение

Вирус гепатита С (HCV) - это обитающий в крови вирус, который раньше называли вирусом гепатита, не относящегося к категориям А и В. HCV имеет шесть основных генотипов (подвидов): 1a, 1b, 2a, 2b, 3, 4, 5 и 6. Генотипы 1a и 1b, наиболее широко распространенные в США, труднее всех остальных поддаются лечению. HCV проникает в организм в результате прямого контакта с кровью. Вирус "атакует" клетки печени, где он размножается (воспроизводится). HCV вызывает воспаление печени и уничтожает ее клетки. Примерно у 80-85% людей первоначальное заражение вирусом гепатита С может стать хроническим, то есть инфекция у них не проходит в течение шести месяцев. Большинство людей с хроническим гепатитом С не имеет никаких симптомов и живет нормальной жизнью. Однако, у 10-25% людей с хроническим гепатитом С болезнь прогрессирует на протяжении 10-40 лет и может привести к тяжелому поражению печени, циррозу печени и (или) раку печени. HCV является главной причиной пересадок печени в США. В настоящее время нет вакцины против HCV или способа лечения гепатита С. Тем не менее у некоторых пациентов различные виды лечения могут уничтожить вирус и (или) замедлить или остановить развитие болезни.

Основные данные о HCV

- По оценке Национальных институтов здоровья (National Institutes of Health, NIH), около четырех миллионов американцев инфицированы HCV.
- Примерно 8 000 - 10 000 американцев ежегодно умирают от осложнений, связанных с HCV. Ожидается, что за ближайшие 10 - 20 лет эта цифра утроится.
- HCV является главной причиной пересадок печени в США.
- Люди, инфицированные HCV, должны воздерживаться от употребления алкогольных напитков и рекреационных наркотиков.
- Люди, инфицированные HCV, должны сделать прививку от гепатита А и гепатита В, если они не были иммунизированы ранее.

Печень и гепатит С

Печень - это самый крупный внутренний орган, находящийся за реберной клеткой в правой части живота. Этот орган весит приблизительно 3 фунта и по размеру приближается к мячу регби. Печень отвечает за выполнение около 500 жизненных функций организма. Печень перерабатывает практически все, что вы съедаете, вдыхаете или поглощаете через кожу. Печень перерабатывает вещества, поступающие в организм с пищей и питьем, в энергию и "строительные блоки" для мышц, гормонов, факторов свертывания крови и факторов иммунной системы. Печень хранит множество витаминов, минеральных

солей и сахаров для последующего использования. Клетки печени продуцируют желчь, которая помогает организму переваривать пищу и усваивать питательные вещества. Печень обезвреживает вредные для организма вещества. Она способна регенерировать свою собственную ткань - за несколько недель может произойти регенерация до 3/4 массы печени.

Гепатит - это воспаление печени. Это заболевание может быть вызвано вирусами, токсичными химическими веществами, лекарствами или другими факторами. Наиболее распространенными возбудителями вирусного гепатита являются вирус гепатита А (HAV), вирус гепатита В (HBV) и вирус гепатита С (HCV). Эти вирусы связаны между собой только тем, что все они поражают печень.

[Вернуться к верхней части](#)

Раздел II: Передача и профилактика гепатита С

Передача

гепатита

С

HCV передается прямым контактом крови больного с кровью здорового человека. Вирус передается при совместном использовании приспособлений для введения как инъекционных, так и неинъекционных лекарственных средств или наркотиков. Сюда относятся иглы, автоклавы, жгуты, соломинки, курительные трубки и т.д. Иглы для татуировки, прокалывания ушей и других частей тела и иглоукалывания также могут распространять HCV. Совместное использование таких личных вещей, как бритвы, зубные щетки или пилочки для ногтей является менее вероятным, но все же возможным путем передачи вируса.

До 1992 года многие заражались гепатитом С в результате переливания крови или ее компонентов. В 1992 году появился надежный метод анализа крови на присутствие антител HCV. С тех пор запасы крови подвергаются скринингу. Сегодня вероятность заболевания гепатитом С вследствие переливания зараженной крови составляет менее 0,01%.

Небольшой процент людей (ориентировочно 1-3%) может заразиться гепатитом С вследствие незащищенных половых сношений. Работа медицинских работников сопряжена с риском заражения гепатитом С вследствие случайных уколов иглами и неизбежного возникновения ситуаций, которые могут привести к прямому контакту с кровью пациента, инфицированного вирусом гепатита С.

Перинатальная передача вируса гепатита С от матери ребенку до или во время родов происходит менее чем в 5% случаев. Такая передача зависит от наличия достаточно высокого уровня HCV в крови матери. Матери, инфицированные HCV совместно с HBV или ВИЧ, чаще передают HCV своим детям. Некоторые исследования показали, что HCV

содержится в грудном молоке, но считается, что передача болезни посредством грудного кормления происходит чрезвычайно редко.

Путь передачи гепатита С не удается идентифицировать у 10% людей, инфицированных HCV. Этот вирус не передается воздушно-капельным путем (чихание, кашель, объятия или совместное использование столовой посуды и стаканов).

Профилактика гепатита С

Не пользуйтесь чужими иглами или любыми другими приспособлениями для введения лекарственных средств или наркотиков, а также чужими бритвами, зубными щетками, кусачками для маникюра и педикюра, пилочками для ногтей или другими предметами, которые могут соприкоснуться с кровью.

Убедитесь в том, что инструменты, используемые для татуировки, прокалывания ушей и других частей тела и иглоукалывания, были подвергнуты надлежащей стерилизации. В настоящее время профессионалы используют одноразовые иглы.

Все порезы и раны должны быть закрыты. Хотя передача гепатита С половым путем происходит редко, вы можете снизить этот риск, практикуя безопасные половые сношения, в том числе с применением презервативов и других преграждающих противозачаточных средств. Согласно данным Центров по борьбе с болезнями и их профилактики (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) люди, поддерживающие моногамные отношения, могут не менять сложившийся образ половой жизни, хотя партнеры должны обсудить более безопасные варианты половых сношений, если одного из них беспокоит возможность передачи гепатита С половым путем. Если женщина инфицирована вирусом гепатита С, следует избегать половых сношений во время менструации.

Надлежащая гигиена полости рта может предотвратить кровотечение из десен еще один возможный путь передачи гепатита С. Если вы заражены вирусом гепатита С, сообщите об этом своему врачу, стоматологу и другим обслуживающим вас медицинским работникам. При обращении с кровью медицинские работники должны соблюдать общепринятые меры предосторожности.

Если женщина, инфицированная вирусом гепатита С, собирается забеременеть, она должна поговорить об этом со своим врачом.

[Вернуться к верхней части](#)

Раздел III: Течение болезни

После заражения вирусом гепатита С инкубационный период обычно длится от 2 до 26 недель. Начальная стадия гепатита С называется острой инфекцией. Острый гепатит С обычно проходит в течение 2 - 12

недель. Однако, примерно у 80-85% людей, первоначально зараженных HCV, организм не избавляется от вируса гепатита С и инфекция становится хронической.

Большинство людей с хроническим гепатитом С не имеет никаких симптомов и живет относительно нормальной жизнью. Однако, у 10-25% людей с хроническим гепатитом С болезнь прогрессирует а протяжении 10-40 лет и может привести к тяжелому поражению печени, росту волокнистой ткани в печени (фиброзу), отложению жира в печени (стеатозу), образованию рубцов в печени (циррозу) и раку печени. В тяжелых случаях пациенту может потребоваться пересадка печени.

Цирроз - это процесс, в ходе которого клетки печени повреждаются или гибнут и заменяются рубцовой тканью. Активное образование рубцовой ткани препятствует кровообращению в печени, что приводит к гибели новых клеток и потере функций печени.

Компенсированный цирроз означает, что печень сильно зарубцована, но все же сохраняет способность выполнять большинство своих функций. Болезнь протекает с немногочисленными симптомами или вообще без каких бы то ни было симптомов.

Декомпенсированный цирроз означает, что печень сильно зарубцована и не способна выполнять свои функции. У людей, страдающих декомпенсированным циррозом, часто возникают такие осложнения, как варикоз (растяжение или ослабление кровеносных сосудов) пищевода и желудка, внутренние кровотечения, асцит (скопление жидкости) и другие жизнеугрожающие нарушения. Они могут также испытывать обратимые нарушения психической деятельности.

Рак печени обычно возникает на поздних стадиях гепатита С, обычно через 25-30 лет после заражения. Рак печени, связанный с HCV, называют первичной печеночно-клеточной карциномой.

[Вернуться к верхней части](#)

Раздел IV: Симптомы гепатита С

У многих людей острая стадия заражения вирусом гепатита С протекает с немногочисленными симптомами или вообще без каких бы то ни было симптомов. Большинство людей с хроническим гепатитом С также не имеет никаких симптомов и живет относительно нормальной жизнью.

Однако, у других людей хронический гепатит С сопровождается мягкими, напоминающими грипп, симптомами, включая тошноту, утомляемость, жар, головные боли, потерю аппетита, боль в животе и боль в мышцах или суставах. Некоторые пациенты сообщают о более тяжелых, напоминающих грипп, симптомах, а также о признаках желтухи (пожелтение кожи и белков глаз) и о потемнении мочи.

Со временем (иногда с годами или даже десятилетиями) у людей с хроническим гепатитом С могут появиться различные симптомы, связанные с поражением печени. Хронический гепатит С связан также с широким кругом состояний, возможно, связанных с ним.

Симптомы, сообщенные людьми с HCV

Острый гепатит С		
Недомогания, напоминающие грипп	Вздутие живота	Тошнота
Утомляемость (от легкой до сильной)	Боль в животе	Рвота
Потеря аппетита (анорексия)	Жар	Ночная потливость
Понос	Желтуха	Расстройство пищеварения
Боль в мышцах или суставах	Головные боли	

Хронический гепатит С		
Утомляемость (от легкой до сильной)	Спутанность сознания	Колебания настроения
Потеря аппетита (анорексия)	Тошнота	Расстройство пищеварения
Боль в мышцах или суставах	Боль в животе	Жар
Головные боли	Депрессия	

Поздняя стадия гепатита С с циррозом		
Утомляемость (от легкой до сильной)	Жар	Тошнота
Потеря аппетита (анорексия)	Рвота	Частое мочеиспускание
Желтуха	Расстройство пищеварения	Головные боли
Боль в мышцах или суставах	Боль в животе	Вздутие живота
Депрессия	Колебания настроения	Нарушения когнитивной функции
Неспособность концентрировать внимание	Спутанность сознания	Головокружения
Проблемы с периферическим зрением		

Медицинские состояния, связанные с HCV

Целый ряд аномальных медицинских состояний был связан с HCV. Некоторые из них представляют собой аутоиммунные реакции, в ходе которого иммунная система "атакует" собственные ткани организма.

К нарушениям, иногда наблюдаемым у людей, страдающих хроническим гепатитом С, относятся: синдром Шегрена, характеризующийся сухостью глаз и сухостью во рту; такие заболевания почек, как гломерулонефрит; такие сердечно-сосудистые заболевания, как тромбоз (сгустки крови); такие кожные заболевания, как плоский лишай, характеризующийся появлением белых поражений, и поздняя порфирия кожи, характеризующаяся появлением сыпи под действием солнечных лучей.

К другим нарушениям, связанным с гепатитом С, относятся: артрит (воспаление суставов), артралгия (боль в суставах), болезнь щитовидной железы, васкулит (поражение кровеносных сосудов) и криоглобулинемия (высокое содержание белка крови, который оседает в почках, коже и нервных окончаниях).

Наиболее тяжелые нарушения связаны с поздней стадией гепатита С, когда печень повреждена и не способна нормально выполнять свои функции. Многие пациенты, страдающие гепатитом С, никогда не сталкиваются с этими состояниями. Если вы испытываете какие бы то ни было необычные симптомы, поговорите об этом со своим врачом.

[Вернуться к верхней части](#)

Раздел V: Диагностирование гепатита С

Тесты на HCV не проводятся в рамках регулярных медицинских обследований, поэтому вам, возможно, придется попросить врача провести такой тест. Рекомендуется обращаться к одной и той же лаборатории для проведения всех тестов, так как результаты и точность тестирования в разных лабораториях различаются между собой. Храните копии результатов тестов и биопсий для справок в будущем. Рассмотренные ниже тесты могут помочь определить, заражены ли вы HCV и в какой стадии развития находится болезнь.

Тесты на антитела HCV

- Фермент-связанное иммуносорбентное исследование ELISA II - это простой анализ крови, который позволяет обнаружить антитела HCV.
- RIBA (рекомбинантный иммуноблоттинг) - это второй тест на антитела HCV, который может проводиться после теста ELISA II для подтверждения присутствия антител HCV.

Тесты на вирусную нагрузку

Тесты на вирусную нагрузку позволяют измерить количество вирусов гепатита С, циркулирующих в крови. Вирусная нагрузка HCV выражается либо количеством копий на миллилитр крови, либо в стандартных единицах измерения, называемых международными единицами.

Известны три различных типа теста на вирусную нагрузку - HCV РНК PCR (полимеразная цепная реакция), bDNA-тест (метод "разветвленных" ДНК-зондов) и TMA (транскрипционно опосредованная амплификация). Наименее дорогостоящий bDNA-тест является, однако, также и наименее чувствительным. Тесты на вирусную нагрузку используются для подтверждения активной HCV-инфекции, прогнозирования реакции на лечение и измерения эффективности действия лекарств, применяемых в ходе лечения гепатита С.

Связь между вирусной нагрузкой и развитием заболевания не установлена.

Тесты на генотип

Тесты на генотип используются, чтобы определить, каким типом или какими подвидами HCV заражен пациент. Эта информация оказывается полезной при принятии решения о курсе лечения, например, о том, какие лекарства использовать и как долго проводить лечение.

Биохимические анализы и тесты на функции печени

Биохимические анализы и тесты на функции печени измеряют определенные функции печени. Наиболее часто измеряют уровни аланинаминотрансферазы (АЛТ), ранее известной как сывороточная глутамат-пируват-трансфераза (СГПТ) и аспаратаминотрансферазы (АСТ), ранее известной как сывороточная глутамат-оксалоацетат-трансфераза (СГОТ).

Ферменты АЛТ и АСТ выбрасываются в кровь в тех случаях, когда печень повреждена. Их концентрации часто бывают повышенными у людей, хронически инфицированных вирусом гепатита С. У многих людей, инфицированных вирусом гепатита С, наблюдается небольшое или умеренное повышение концентрации этих двух ферментов, что зачастую становится первым признаком инфицирования.

В ходе анализа измеряют также концентрации щелочной фосфатазы (АЛК) и гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТ). Аномальные уровни содержания этих ферментов в крови могут указывать на наличие цирроза или на блокаду желчного протока, а также на другие нарушения.

Кроме того, ваш врач может измерить протромбиновое время (показатель скорости свертывания крови) и концентрацию билирубина.

Билирубин - это пигмент, который часто присутствует в крови людей, страдающих воспалением печени. Высокие уровни содержания билирубина приводят к желтухе.

Аномальные результаты лабораторных анализов могут быть вызваны многими факторами, например, приемом лекарств или употреблением алкогольных напитков. Прежде чем сделать свое собственное заключение, поговорите с медицинским работником.

Биопсии

печени

Биопсии проводятся для того, чтобы измерить степень тяжести воспаления, степень рубцевания и общее состояние здоровья печени. Они могут быть также использованы для того, чтобы определить надлежащий курс лечения. По наиболее распространенной процедуре "замораживают" соответствующий участок кожи и мышцы, а затем быстро вводят в печень тонкую длинную иглу и берут пробу печеночной ткани.

Многие боятся этой процедуры, но она крайне редко приводит к каким бы то ни было осложнениям. Если вы беспокоитесь, попросите у своего врача дать вам легкое успокаивающее средство до биопсии и болеутоляющее средство после этой процедуры.

[Вернуться к верхней части](#)

Раздел VI: Варианты лечения гепатита С

До 1998 года прием интерферона без каких бы то ни было других лекарств (монотерапия) был единственным принятым методом лечения HCV-инфекции. Сегодня стандартный метод лечения предусматривает прием комбинации пегилированного интерферона с рибавирином. Продолжаются исследования по разработке новых и усовершенствованных лекарств, включая ингибиторы геликазы, ингибиторы протеазы и антифибротические препараты.

Имеется также несколько альтернативных или дополняющих вариантов, которые были использованы для лечения HCV-инфекции, например, прием морского чертополоха (силимарин) и лакричного корня (глициризин). Некоторые из них были опробованы посредством принятых на Западе клинических испытаний. Травотерапия и другие альтернативные методы лечения обсуждаются в отдельной брошюре Проекта поддержки мероприятий по борьбе с гепатитом С .

Утвержденные

методы

фармакотерапии

Только стандартный интерферон, пегилированный интерферон и рибавирин утверждены Федеральным управлением по контролю за пищевыми продуктами и лекарствами для лечения гепатита С.

Инъекционный интерферон - это препарат, созданный посредством генной инженерии на основе содержащихся в организме естественных белков иммунной системы.

Пегилированный интерферон (ПЕГ) - это интерферон длительного действия, который можно вводить раз в неделю. ПЕГ поддерживает более постоянный уровень интерферона в крови и лучше снижает репликационную способность HCV.

Рибавирин - это оральный противовирусный препарат, используемый в сочетании с интерфероном для лечения HCV-инфекции. Сам по себе рибавирин не эффективен против HCV.

Предупреждение по поводу рибавирина: Было показано, что рибавирин вызывает врожденные дефекты и выкидыши. Женщины детородного возраста и женщины, половые партнеры мужчин, принимающих рибавирин, должны пользоваться по меньшей мере двумя эффективными противозачаточными средствами на всем протяжении периода лечения и в течение шести месяцев после него.

Монотерапия с применением стандартного интерферона

В настоящее время на рынке имеются следующие марки стандартного интерферона: Intron A (компания-изготовитель: Schering-Plough), Infergen (InterMune, Inc.), Roferon A (Roche), Wellferon (Glaxo) и Alferon N (ISI Pharmaceuticals). Стандартный протокол приема интерферона предусматривает три инъекции в неделю на протяжении по меньшей мере одного года. По результатам оценки, только 10-20% пациентам, принимавшим только стандартный интерферон, удалось перманентно понизить уровень HCV до не поддающихся определению значений.

Интерферон в сочетании с рибавирином

Ребетрон (компания-изготовитель: Schering-Plough) представляет собой комбинацию стандартного интерферона марки Intron A с рибавирином. Исследования показали, что эта комбинация более эффективна, чем чистый интерферон. Протокол приема ребетрона предусматривает инъекцию 3 миллионов единиц интерферона три раза в неделю и ежедневный прием 800-1200 мг рибавирина. Исследования показывают, что длительность лечения зависит от генотипа и составляет 48 недель для генотипа 1 и 24 недели для генотипов 2 и 3. Клинические испытания показали, что стойкий вирусологический ответ (SVR) на лечение составляет приблизительно 28% для генотипа 1 и 66% для генотипов 2 и 3.

Монотерапия с применением пегилированного интерферона

- Peg-Intron

Peg-Intron это марка пегилированного интерферона (компания-

изготовитель: Schering). Препарат поставляется в виде порошка, который перед инъекцией смешивают с жидкостью для реконституции. Дозировка устанавливается с учетом веса тела. Стойкий вирусологический ответ на монотерапию с применением препарата Peg-Intron составляет приблизительно 14% для генотипа 1 и 47% для генотипов 2 и 3.

- Pegasys

Pegasys (пегинтерферон альфа 2b) - это марка пегилированного интерферона (компания-изготовитель: Roche). Стандартная доза составляет 180 мкг для всех пациентов. Препарат поставляется в виде готового к употреблению раствора, который не требует реконституции. Стойкий вирусологический ответ на монотерапию с применением препарата Pegasys составляет приблизительно 28% для генотипа 1 и 56% для генотипов 2 и 3. Pegasys назначается также для лечения пациентов, страдающих компенсированным циррозом.

Стандартный метод - Комбинированное лечение интерфероном и рибавирином

В настоящее время комбинированное применение пегилированного интерферона и рибавирина считается стандартным методом лечения HCV-инфекции. Имеются две различные комбинации пегилированного интерферона и рибавирина, которые были утверждены Федеральным управлением по контролю за пищевыми продуктами и лекарствами - Peg-Intron (пегилированный интерферон альфа 2 b; компания-изготовитель: Schering) с рибавирином марки Rebetol и Pegasys (пегилированный интерферон альфа 2a; компания-изготовитель: Roche) с рибавирином марки Coregus.

Peg-Intron (компания-изготовитель: Schering) с рибавирином марки Rebetol

Стойкий вирусологический ответ на комбинированное лечение препаратами Peg-Intron и Rebetol составляет 42% для генотипа 1 (30% для пациентов с высокой вирусной нагрузкой) и 82% для генотипов 2 и 3. Длительность лечения для всех генотипов составляет 12 месяцев.

Препараты Pegasys и Coregus

Стойкий вирусологический ответ на комбинированное лечение препаратами Pegasys и Coregus составляет 46-51% для генотипа 1 (41-46% для пациентов с высокой вирусной нагрузкой) и 76-78% для генотипов 2 и 3. Длительность лечения составляет 12 месяцев для генотипов 1 и 4 и шесть месяцев для генотипов 2 и 3.

Измерение ответа на лечение

Пациенты, проходящие курс лечения от HCV-инфекции, должны

регулярно проходить тесты для мониторинга побочных эффектов и реакции на лечение.

Если пациент не реагирует на лечение в течение трех месяцев после его начала, дальнейшее лечение вряд ли приведет к выводу вируса из организма. Многие врачи рекомендуют прекратить прием лекарств на этой стадии лечения.

Существуют, однако, данные о том, что интерферон уменьшает рубцевание печеночной ткани и воспаление печени, а также улучшает состояние здоровья печени, даже если лечение не приводит к выводу вируса из организма.

Исследовательские методы фармакотерапии

Хотя вирус гепатита С был открыт всего лишь десятилетие назад, исследования в области лечения этой болезни привели к весьма впечатляющим достижениям. Тем не менее, известные в настоящее время варианты лечения могут сопровождаться многочисленными нежелательными побочными эффектами и не всегда приводят к успеху. Проводятся интенсивные исследования, направленные на разработку новых и более эффективных вариантов лечения гепатита С, которые не имели бы тяжелых побочных эффектов, свойственных современным лекарствам.

Исследователи изучают новые формы рибавирина, которые могут оказаться более эффективными и менее токсичными при попадании в организм человека. В процессе разработки находятся левовирин и вирамидин - два препарата, подобных рибавирину. В опытах на животных было установлено, что эти лекарства имеют меньше побочных эффектов, так как они нацелены на печень и оказывают менее разрушающее действие на красные кровяные тельца.

Амантадин (Симметрел), противовирусный препарат, применяемый для лечения гриппа А, был исследован в комбинации с интерфероном и рибавирином. К сожалению, проведенные до настоящего времени исследования разочаровывают.

В клинических испытаниях более многообещающими лекарствами оказались гистамин дигидрохлорид (цеплен) и синтетический вариант тимозина-альфа -1 (задаксин), гормона, который стимулирует рост Т-клеток и естественных клеток-киллеров и кажется перспективным при применении в сочетании с интерфероном.

В настоящее время исследуются считающиеся перспективными ингибиторы геликазы HCV, ингибиторы протеазы HCV и РНК-зависимые ингибиторы полимеразы генома HCV, которые, возможно, способны блокировать репликацию HCV. Недавно BILN 206, новый ингибитор протеазы серина HCV, прошел фазу I клинических испытаний и оказался безопасным и эффективным средством против вируса HCV.

Вакцины

против

HCV

В настоящее время не существует HCV-вакцин, подобных тем вакцинам, которые применяются для HAV и HBV. Разработать HCV-вакцины будет трудно, так как вирус имеет несколько генотипов и способен к изменениям (мутациям) в организме больного. Некоторые успехи на этом направлении исследований были достигнуты, но появления эффективной HCV-вакцины можно ожидать не ранее, чем через 5 - 10 лет.

Клинические

испытания

Процесс испытания нового лекарства включает установление его толерантности (фаза I испытаний), определение его безопасности и эффективности (фаза II испытаний) и сравнение нового лекарства с применяемыми в настоящее время стандартными лекарственными препаратами (фаза III испытаний).

После утверждения Федеральным управлением по контролю за пищевыми продуктами и лекарствами и после маркетинга нового лекарства продолжаются исследования с целью усовершенствования лечения для достижения его максимальной безопасности и эффективности (фаза IV, или пост-маркетинговые испытания).

Участие в клинических испытаниях может стать отличным способом получения бесплатного лекарства. Некоторые из программ испытаний могут также оплачивать (полностью или частично) расходы, связанные с посещениями врачей и лабораторными анализами. Однако, даже после записи в программу клинических испытаний вас могут не выбрать для получения нового лекарства или его наиболее эффективной дозы. Кроме того, вы должны ознакомиться со всей информацией о клинических испытаниях и убедиться в том, что вы полностью понимаете их условия.

[Вернуться к верхней части](#)

Раздел VII: Соображения по лечению

Прогнозирование

реакции

на

лечение

Лечение интерфероном или комбинированное лечение интерфероном и рибавирином с большей вероятностью приведет к выводу HCV из организма, если вирус не относится к генотипу 1, вирусная нагрузка невелика (менее 2 миллионов копий), период инфицирования непродолжителен, заболевание носит мягкий или умеренный характер, пациентом является женщина или пациент молод.

Билогарифмическое (на два порядка) снижение вирусной нагрузки или полный вывод HCV из организма после 12 недель противовирусного лечения предсказывает успешный результат в конце лечения. Эти показатели можно использовать для планирования лечения или для прекращения неэффективного лечения.

Однако это всего лишь общие показатели. Некоторые врачи считают, что лечение следует продолжать, так как часть пациентов все еще реагирует на него и состояние здоровья их печени улучшается, несмотря на то, что вирусная нагрузка не снижается до предлагаемого значения.

Контролирование побочных эффектов лекарств

Превалирующими побочными эффектами интерферона и рибавирина являются напоминающие грипп симптомы, боль в мышцах или суставах, тошнота, головные боли, утомляемость, потеря аппетита, сухость кожи, чувство тревоги и депрессия.

Некоторые физические симптомы можно ослабить малыми дозами (не более 2 г в день) ибупрофена или ацетаминофена. Большие дозы ацетаминофена могут оказать токсическое действие на печень.

Людам, испытывающим чувство тревоги, раздражительность или депрессию, могут помочь мягкие транквилизаторы и (или) антидепрессанты. Прежде чем принимать любые из этих лекарств, посоветуйтесь со своим врачом.

Инъекция интерферона непосредственно перед сном поможет вам пережить самые тяжелые из побочных эффектов в состоянии сна.

Для смягчения побочных эффектов рекомендуется пить как можно больше воды.

Для улучшения работы желудочно-кишечного тракта рекомендуется принимать пищу часто и небольшими порциями, а не есть редко и помногу.

Регулярные физические упражнения могут способствовать облегчению таких побочных эффектов, как утомляемость, связанная с приемом интерферона.

Ежедневное применение увлажняющих средств для кожи будет способствовать предотвращению сухости кожи.

Меняйте место инъекции, чтобы предотвратить воспаление кожи или появление сыпи.

У некоторых пациентов физические побочные эффекты сильнее всего проявляются в начале лечения и ослабляются со временем.

Наиболее распространенными причинами прекращения антивирусной терапии с применением рибавирина являются: анемия (уменьшение количества эритроцитов в крови) и тромбоцитопения (уменьшение количества тромбоцитов в крови).

Для контролирования анемии можно использовать эритропоэтин (прокрит). Интерлейкин 11 (неймега) утвержден Федеральным управлением по контролю за пищевыми продуктами и лекарствами для лечения тромбоцитопении у пациентов, проходящих химиотерапию. Согласно результатам клинических испытаний этот препарат помогает пациентам до и во время противовирусного лечения от гепатита С.

Малое количество тромбоцитов в крови может свидетельствовать о наличии цирроза, и лечение следует проводить, принимая необходимые меры предосторожности.

У некоторых пациентов лечение интерфероном может привести к нарушению функции щитовидной железы. Необходимо тщательно проверить функцию щитовидной железы перед началом лечения, а затем проверять ее через каждые три месяца во время лечения. У многих пациентов функция щитовидной железы приходит в норму после прекращения лечения, но у других могут возникнуть необратимые проблемы со щитовидной железой, которые потребуют постоянного приема лекарств.

[Вернуться к верхней части](#)

Раздел VIII: Контроль над гепатитом С

Гепатит С трудно контролировать ввиду отсутствия хороших традиционных методов лечения. Образ жизни является неотъемлемой составной частью контролирования и лечения этой болезни. Правильный режим питания, физические упражнения и контролирование стресса имеют критически важное значение для поддержания здоровья.

Многие врачи не располагают знаниями о HCV в полном объеме, и вам, возможно, придется "просвещать" как традиционных, так и альтернативных медработников. Если у вас есть семейный врач, расспросите его, чтобы проверить его знания о гепатите С. Важно найти знающего врача, сочувственно относящегося к пациентам, страдающим от гепатита С.

Если вы недовольны своим врачом, поищите другого; воспользуйтесь рекомендациями своих родственников и друзей. После подтверждения диагноза ваш семейный доктор или терапевт должен направить вас к специалисту, как правило, к гастроэнтерологу (специалисту по желудочно-кишечным заболеваниям) или гепатологу (специалисту по заболеваниям печени).

Прививки от гепатита А и гепатита В

Людам, инфицированным HCV, настоятельно рекомендуется сделать прививки от гепатита А и гепатита В, если у них еще не выработан иммунитет против этих заболеваний. Имеются сообщения о тяжелых случаях HAV- и HBV-инфекции у людей, коинфицированных HCV.

Прививка от гепатита А предусматривает введение двух доз вакцины в течение 6 месяцев. Прививка от гепатита В предусматривает введение трех доз вакцины в течение 6 месяцев. Обе вакцины готовятся из мертвых вирусов и считаются безопасными и эффективными. Комбинированная НАV/НВV-вакцина была утверждена Федеральным управлением по контролю за пищевыми продуктами и лекарствами в мае 2001 года.

Режим

питания

Поскольку печень перерабатывает практически все, что вы съедаете или выпиваете, здоровый и хорошо сбалансированный режим питания имеет важное значение. Обычно рекомендуется диета, составленная в соответствии с общими правилами питания "Пищевая пирамида". Такая диета характеризуется низким содержанием жиров и натрия, высоким содержанием сложных углеводов и достаточным содержанием белков.

В прошлом изменение режима питания считалось важной частью контроля над гепатитом С. В настоящее время этому фактору придается меньшее значение. Однако, исключение из диеты некоторых продуктов питания может облегчить работу печени по переработке и детоксификации пищи и улучшить общее состояние здоровья печени.

Обработанные продукты содержат химические добавки. Поэтому сократите потребление консервов, а также замороженных и других подготовленных для хранения продуктов. Употребление в пищу "органических" фруктов и овощей поможет избежать пестицидов и удобрений, использованных для выращивания обычных фруктов и овощей. Читайте все этикетки, чтобы ознакомиться с ингредиентами приобретаемых вами пищевых продуктов.

Наиболее полезным могут оказаться белки из мяса птицы, рыбы и растительных источников.

Некоторые врачи рекомендуют пациентам, страдающим от любых болезней печени, воздерживаться (даже при наличии у них иммунитета против гепатита А) от употребления в пищу сырых или недоваренных моллюсков.

Пациентам, страдающим от гепатита С, часто рекомендуют избегать пищи с высоким содержанием жиров, соли или сахара.

Кофеин - химическое вещество, которое должно быть переработано печенью, и поэтому рекомендуется ограничить его поступление в организм, сократив потребление кофе, чая и газированных напитков.

Поскольку шоколад содержит большое количество жиров (а некоторые сорта содержат и кофеин), употребляйте его в умеренных количествах.

Некоторые пациенты, страдающие от гепатита С, не толерантны к молочным продуктам. В этом случае можно использовать немолочные заменители, например, соевое или рисовое молоко.

Хорошо сбалансированный рацион питания содержит все необходимые вам важнейшие витамины и минеральные соли, но некоторые люди принимают также витаминные пищевые добавки. Прием мегавитаминных добавок может нанести вред организму. Избегайте приема больших доз витаминов А и D. Витамин А может оказать весьма сильное токсичное действие на печень. Если вам нужны дополнительные витамины и (или) минеральные соли, выберите слабоконцентрированную пищевую добавку, не содержащую железа.

Людам, инфицированным HCV, следует проконсультироваться с дипломированным специалистом по питанию или диетологом по поводу конкретных рекомендаций по режиму питания. Не прибегайте к каким бы то ни было необычным диетам, не проконсультировавшись с медицинским работником. Кроме того, обязательно сообщите своему врачу обо всех витаминах и минеральных солях, которые вы принимаете.

Токсины

Все, что вы вдыхаете или поглощаете через кожу, должно быть профильтровано печенью. Пары разбавителей красок, пестицидов и аэрозольных препаратов могут повредить печень, и следует избегать их попадания в организм.

Алкоголь и лекарственные препараты

Многочисленные исследования показали, что употребление больших количеств алкоголя может резко ускорить развитие гепатита С. Так, одно из последних исследований показало, что у 58% из группы пациентов, потребляющих большие количества (более пяти рюмок в день) спиртных напитков, гепатит С развивался до цирроза против 10% в группе непьющих пациентов, страдающих гепатитом С.

Пока неизвестно, оказывает ли потребление небольших или умеренных количеств алкоголя вредное воздействие на печень, но большинство специалистов рекомендуют людям, инфицированным HCV, воздерживаться от употребления спиртных напитков.

Многие рецептурные и нерецептурные лекарства, а также рекреационные наркотики должны быть переработаны печенью. Люди, инфицированные HCV, должны воздерживаться от употребления рекреационных наркотиков и от курения.

Поговорите со своим врачом, прежде чем принимать нерецептурные или рецептурные лекарства. Было показано, что некоторые лекарственные травы также причиняют вред печени.

Общее

состояние

здоровья

Умение

справляться

со

стрессом

Умение справляться со стрессом является важным фактором контроля над гепатитом С. Жизнь с хроническим заболеванием сопряжена со стрессом. Многие пациенты сообщают о "вспышках" заболевания (периодах усиления симптомов) после эпизодов стресса. Физические упражнения, медитация и контроль за временем могут уменьшить стресс. Попробуйте сохранить реалистическое представление о состоянии вашего здоровья и позитивное отношение к жизни. Понимание серьезности вашего заболевания печени является важной частью реалистического представления о состоянии вашего здоровья.

Преодоление

усталости

Люди, инфицированные HCV, обычно ощущают усталость и слабость. Изучите пределы своих возможностей и не перетруждайте себя. Планируя какие-либо занятия или виды активного времяпрепровождения, предусмотрите перерывы для отдыха или кратковременного сна. Не забывайте, что здоровье важнее всего. Научитесь говорить "Нет" своим друзьям и родным, которые переоценивают ваши силы.

Контроль

за

временем

Планируйте работу и другие виды своей деятельности заранее и пытайтесь составлять реалистичные графики работы и отдыха. Используйте дневник-календарь; это поможет вам организовать свою деятельность и не даст вам забывать о своих планах. Назначая встречи и планируя свои повседневные дела, регулярно обращайтесь к этому дневнику-календарю. Не забудьте оставить время для отдыха.

Медитация

Медитация может оказаться полезным средством, способствующим контролю и облегчающим жизнь с гепатитом С или любым другим хроническим заболеванием. Приемы медитации просты, и ими легко овладеть. Медитация может ослабить стресс и помочь вам сохранить положительное отношение к жизни.

Физические

упражнения

Умеренные физические упражнения настоятельно рекомендуются всем пациентам, инфицированным HCV, кроме тех, кто проходит острую фазу гепатита С. Физические упражнения могут ослабить стресс и помочь вам в поддержании хорошего состояния здоровья.

Однако, чрезмерные занятия физкультурой могут вызвать вспышки заболевания. Выбирайте легкие виды физических упражнений,

например, ходьбу или плавание. Медленно увеличивайте нагрузку до достижения желаемого уровня. Поговорите со своим врачом, прежде чем приступить к выполнению любой программы физических упражнений.

Группы

поддержки

Многие люди, инфицированные HCV, чувствуют себя одинокими, и им бывает трудно справляться с последствиями жизни с хроническим заболеванием. Группа поддержки может предоставить безопасное место для обсуждения эмоциональных факторов гепатита С. Кроме того, обмен информацией между членами группы может оказаться полезным при принятии решений по широкому кругу вопросов, с которыми сталкиваются люди, инфицированные HCV. Настоятельно рекомендуется записаться в группу поддержки во время лечения. За информацией о группах поддержки можно обратиться к организациям, перечисленным в конце этой брошюры.

Интернет

Интернет содержит колоссальный объем как достоверной, так и неверной информации.

Всегда проверяйте источники найденной вами информации.

Обращайте внимание на даты и ссылки.

Подвергайте сомнению все сведения, которые кажутся вам ошибочными.

Не доверяйте вебсайтам, которые содержат слово "исцеление" или иную вводящую в заблуждение информацию.

Помните, что не вся информация, которую вы находите в Интернете, соответствует действительности.

Поговорите со своим врачом об информации, которая вызывает ваше беспокойство.

Большую роль при этом играет здравый смысл.

Посетите вебсайты www.hcvadvocate.org www.HCV.ru, которые содержат перечни рекомендуемых вебсайтов.

[Вернитесь к верхней части](#)

Раздел IX: Заключение

Гепатит С - это болезнь печени, которая может иметь серьезные последствия. Важно помнить, что многие пациенты не испытывают никаких симптомов или развития заболевания.

Даже те пациенты, у которых болезнь прогрессирует, могут прожить десятилетия без каких бы то ни было симптомов. Однако, у некоторых пациентов развивается тяжелое заболевание печени, которое может привести к печеночной недостаточности или к смерти.

В настоящее время испытываются новые средства, и специалисты рассчитывают, что в ближайшие пять лет появятся усовершенствованные варианты лечения. Кроме того, такие изменения образа жизни, как улучшение режима питания, занятия физкультурой и контролирование стрессовых ситуаций, могут способствовать облегчению или прекращению развития заболевания.

Мы надеемся, что эта информация, помогла вам разобраться в вопросах, связанных с гепатитом С, и понять, как эта болезнь влияет на ваше физическое и психическое здоровье. Мы приветствуем любые предложения или идеи по усовершенствованию этой брошюры.

[Вернуться к верхней части](#)

Раздел X: Словарь

ОСТРЫЙ: Этот термин обозначает быстро наступающую, кратковременную начальную стадию заболевания (в противоположность хроническому заболеванию).

ОСТРЫЙ ГЕПАТИТ: Начальная стадия вирусного гепатита, непосредственно следующая после заражения. В случае HCV-инфекции термин "острый гепатит" относится к первым шести месяцам после заражения.

АЛОПЕЦИЯ: Выпадение волос.

АНЕМИЯ: Пониженное количество эритроцитов, или пониженная способность крови переносить кислород. Известно несколько видов анемии, вызываемых различными причинами. Возможными симптомами являются утомляемость, слабость, бледность кожи и затрудненность дыхания.

АНТИТЕЛО: Белок, вырабатываемый иммунной системой в ответ на появление в организме постороннего вещества. Присутствие антител является свидетельством прошлой или, возможно, текущей инфекции. Антитела HCV, обозначаются термином "анти-HCV". После положительного теста на анти-HCV необходимо провести другие лабораторные тесты для подтверждения диагноза. Сам по себе тест на антитело не является достаточным для диагностирования хронической HCV-инфекции.

АРТРАЛГИЯ: Боль в суставах.

ALT: Сокращенное обозначение аланинаминотрансферазы. ALT - это

фермент, вырабатываемый в клетках печени. Его содержание часто повышается у пациентов с хроническим гепатитом С в связи с разрушением оболочек печеночных клеток, вызванных воспалением печени. Содержание АЛТ в сыворотке измеряют в ходе обычного анализа крови.

АУТОИММУННАЯ РЕАКЦИЯ (АУТОИММУНИТЕТ): Ситуация, когда иммунная система вырабатывает антитела, которые "атакуют" собственные ткани организма. Некоторые нарушения, связанные с гепатитом С, имеют такой аутоиммунный аспект.

ДРД: Принимать два раза в день.

БИЛИРУБИН: Желтоватый пигмент, выбрасываемый в кровь при разрушении эритроцитов. Обычно билирубин перерабатывается и удаляется из организма печенью. **Гипербилирубинемия** (аномально высокое содержание билирубина в крови) свидетельствует о поражении печени и может привести к желтухе (пожелтению кожи и белков глаз), посветлению стула и потемнению мочи.

БИОХИМИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ: Реакция содержания АЛТ в сыворотке крови на лечение. Если после начала лечения гепатита С повышенное содержание АЛТ в сыворотке крови становится нормальным, это считается биохимической реакцией.

БИОПСИЯ: Процедура, в ходе которой отбирается проба клеток или ткани для лабораторного исследования. В случае HCV, биопсии печени используются для контроля над ее здоровьем.

ОБИТАЮЩИЙ В КРОВИ: Вирус, который передается вследствие прямого контакта крови с кровью, например, при совместном использовании инъекционных игл или вследствие переливания крови.

СПУТАННОСТЬ СОЗНАНИЯ: Помрачение сознания, потеря памяти и (или) потеря чувства бдительности. Не путать с энцефалопатией.

ПРОРЫВ: Возврат к поддающейся определению вирусной нагрузке у пациента, для которого был достигнут вирусологический ответ во время лечения.

ХРОНИЧЕСКИЙ: Этот термин обозначает длительное или стойкое заболевание (в противоположность острому заболеванию).

ХРОНИЧЕСКИЙ АКТИВНЫЙ ГЕПАТИТ: Состояние, при котором HCV продолжает реплицироваться и заражать новые клетки через 6 месяцев после заражения.

ЦИРРОЗ: Повреждение печени, при котором нормальные печеночные клетки заменяются рубцовой тканью. При компенсированном циррозе

печень повреждена, но все же сохраняет способность выполнять свои функции. При декомпенсированном циррозе функция печени сильно нарушена, а рубцовая ткань мешает нормальному потоку крови через печень, что может привести к кровотечению сосудов, асцитам и другим симптомам.

ЦИТОПЕНИЯ: Низкое содержание клеток крови.

ОТЕК: Припухлость, вызванная скоплением жидкости в тканях тела.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ: Способность обеспечить достижение желаемого эффекта.

ОТВЕТ В КОНЦЕ ЛЕЧЕНИЯ: Исчезновение поддающейся обнаружению РНК вируса гепатита из крови в конце курса лечения.

ЭКСТРАГЕПАТИЧЕСКИЙ: Находящийся вне печени.

FDA: Федеральное управление по контролю за пищевыми продуктами и лекарствами (в США). Этот орган федерального правительства выполняет множество функций, в том числе он несет ответственность за санкционирование или недопущение продажи лекарств населению.

ФИБРОЗ (Прилагательное: ФИБРОЗНЫЙ): Повреждение печени, которое сопровождается образованием фиброзной рубцовой ткани.

ВСПЫШКА: Внезапное ухудшение симптомов заболевания.

МОЛНИЕНОСНЫЙ ГЕПАТИТ: Тяжелая жизнеугрожающая форма гепатита.

ГЕНОТИП: Генетическая разновидность структуры HCV. Существует шесть основных генотипов, обозначенных цифрами от 1 до 6. Существует также множество подвидов, например 1a, 1b, 2a и т.д. В США преобладает генотип 1 (приблизительно 70-75% от всех случаев заражения).

РНК вируса HCV: Генетический материал вируса гепатита С. HCV - это вирус с одноцепочечной рибонуклеиновой кислотой (РНК).

ГЕПАТИЧЕСКИЙ: Относящийся к печени.

ГЕПАТИТ: Воспаление печени. Гепатит может вызываться различными причинами, в том числе вирусами, токсинами и употреблением больших количеств спиртных напитков.

ПЕЧЕНОЧНО-КЛЕТОЧНАЯ КАРЦИНОМА: Разновидность первичного рака печени, которая возникает у некоторых пациентов с длительным повреждением печени, вызванным гепатитом С или гепатитом В.

ГЕПАТОЛОГИЯ (также ГЕПАТОЛОГ): Специальный раздел медицины, занимающийся печенью; гепатолог - это специалист по лечению болезней печени.

ГЕПАТОТОКСИЧНОСТЬ: Токсичный или ядовитый для печени.

ГИСТОЛОГИЧЕСКИЙ: Относящийся к тканям тела. При гепатите С улучшение гистологии означает улучшение печеночной ткани (уменьшение воспаления или фиброза) при сравнении биопсий, проводимых до лечения и, как правило, через 6 месяцев после начала лечения HCV-инфекции.

ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД: Период времени от первоначального воздействия инфекционного микроорганизма до развития симптомов заболевания.

ИНТЕРФЕРОН: Естественный протеин, вырабатываемый иммунной системой человеческого организма. Интерферон препятствует репликации вируса. Препараты, созданные посредством генной инженерии на основе естественного белка, были разработаны несколькими фармацевтическими компаниями и утверждены для лечения хронической HCV-инфекции.

ЖЕЛТУХА: Пожелтение кожи и белков глаз вследствие высокого содержания билирубина в крови. Желтуха часто является признаком повреждения печени или заболевания желчного пузыря.

ПЕЧЕНЬ: Большой орган, который находится в верхней правой части живота и играет важную роль в метаболизме сахаров и жиров, синтезе нескольких белков и отфильтровывании токсинов из крови.

НЕДОМОГАНИЕ: Общее ощущение нездоровья и дискомфорта; самочувствие, напоминающее грипп.

МИАЛГИЯ: Боль в мышцах.

НЕЙТРОПЕНИЯ: Аномально низкое число нейтрофилов в крови, приводящее к повышенной восприимчивости к инфекционным заболеваниям.

НЕЙТРОФИЛ: Наиболее распространенная разновидность белых кровяных клеток иммунной системы. Нейтрофилы - это фагоциты, которые способны поглощать и уничтожать вторгающиеся микроорганизмы, например, бактерии и грибки.

НЕНУКЛЕОЗИДНЫЕ ИНГИБИТОРЫ ОБРАТНОЙ ТРАНСКРИПТАЗЫ: Антивирусный препарат, который подавляет репликацию вирусов посредством ингибирования действия обратной трансферазы. Таким

лечение (нормализация АЛТ или исчезновение РНК вируса HCV), но не сохраняет эту реакцию после прекращения лечения.

РИБАВИРИН (РЕБЕТОЛ, КОПЕГУС): Антивирусное лекарство, которое применяется в сочетании с интерфероном для лечения хронической HCV-инфекции.

СТЕАТОЗ: Накопление жира в печени.

ПОДКОЖНЫЙ: Находящийся под кожей; обычно относится к лекарствам, вводимым посредством инъекции под кожу.

ПАЦИЕНТ, СТОЙКО ОТВЕЧАЮЩИЙ НА ЛЕЧЕНИЕ: Пациент, сохраняющий ответ на лечение в течение длительного периода времени. При гепатите С пациент, стойко отвечающий на лечение, получает длительный положительный результат от лечения (обычно таким результатом является нормализация АЛТ и снижение концентрации РНК до не поддающейся определению величины), который сохраняется после прекращения лечения (обычно в течение шести месяцев).

ТРОМБОЦИТ (КРОВЯНАЯ ПЛАСТИНКА): Разновидность кровяных клеток, ответственная за нормальное свертывание крови.

ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ: Аномально низкое количество кровяных пластинок, которое может привести к возникновению аномальных кровотечений и кровоподтеков.

НЕИСКУШЕННЫЙ ПАЦИЕНТ: Пациент, не имеющий опыта лечения определенного заболевания.

ВИРУСНАЯ НАГРУЗКА: Количество вирусов (например, концентрация РНК вируса гепатита С), которое может быть измерено (обычно в крови).

РЕПЛИКАЦИЯ ВИРУСОВ: Способность вируса воспроизводить копии самого себя.

ВИРОЛОГИЧЕСКИЙ ОТВЕТ: Показывает, как вирусная нагрузка пациента реагирует на лечение. В случае HCV, если содержание РНК вируса HCV (вирусная нагрузка) после начала лечения снижается до не поддающихся определению значений, то речь идет о вирусологическом ответе. Если содержание РНК вируса HCV (вирусная нагрузка) остается не поддающимся определению по истечении шести месяцев, используется термин "стойкий вирусологический ответ".

ВИРУС: Инфекционный микроорганизм, который проникает в живой организм и копирует сам себя (репликация вируса).

ФАЗА "ОКНА": Время между воздействием микроорганизма и продуцированием антител в количестве, достаточном для определения в

[Вернуться к верхней части](#)

Раздел XI: Источники информации

За дополнительной информацией о вирусе гепатита С обращайтесь в следующие организации

- Hepatitis Foundation International: 1-800-891-0707, <http://www.hepfi.org/>
- American Liver Foundation: 1-800-223-0179, <http://www.liverfoundation.org/>
- Hep C Connection: 1-800-522-4372, <http://www.hepc-connection.org/>
- L.O.L.A.: 1-888-367-5652, <http://www.lola-national.org/>

Рекомендуемая литература:

- *Hepatitis C Self-Help Book*, Misha Cohen, OMD LAC и Robert Gish, MD (продается на нашем вебсайте <http://www.hcvadvocate.org/>).
- *Living with Hepatitis C: A Survivor's Guide*, Gregory T. Everson, MD и Hedy Weinberg. Hatherleigh Press, 1-800-367-2550.
- *Hepatitis C: A Personal Guide to Good Health*, Beth Petro Roybal, MA Ulysses Press, 1-800-377-2542.
- *The First Year - Hepatitis C; An Essential Guide for the Newly Diagnosed*, Cara Bruce и Lisa Montanartelli, Marlow and Co.

Источники фармацевтической информации

- Roche Patient Assistance Program - Pegassist 877-PEGASYS (734-2797)
- Schering-Plough Commitment to Care 1-800-521-7157
 - Fisher's Pharmacy

1-888-347-3416 Вирус Гепатита С (HCV для краткости) - это вирус, который живет в человеческой крови. Вирус - одно из наименьших известных живых существ, существующее в растениях и животных. Заболевание печени **Гепатит С** возникает из-за заражения печени вирусом гепатита С. После многих лет печень может стать настолько поврежденной гепатитом С, что не будет способна выполнять многие из своих важных функций, которые необходимы для Вашего здоровья и полноценной жизни.

Вы можете заразиться гепатитом С только, получив инфицированную HCV кровь от кого-то, кто уже имеет гепатит С, и **ТОЛЬКО, ЕСЛИ** эта зараженная кровь попадет в Вашу кровеносную систему. Если у Вас гепатит С, вы должны быть осторожны и не допускать возможности контакта Вашей крови с кровью других людей.

Гепатитом С инфицировано достаточно много людей, таким образом, Вы - не одиноки. Обычно, проходит много лет, прежде чем гепатит С нанесет какой-либо значительный ущерб печени и сделает инфицированного человека - больным. Можно много чего предпринять, чтобы помочь организму бороться с гепатитом С. И начинать это надо, как можно раньше, прежде, чем гепатит С получит шанс повредить Вашу печень.

Самое главное, что Вы можете сделать - это прекратить или максимально сократить употребление алкоголя. Есть также препараты, которые помогают избавиться от гепатита С, но, в настоящее время, они эффективны только приблизительно для 50% людей, которые их применяют. Поговорите с Вашим доктором о возможных способах поддержания здоровья и о видах лечения, которые, возможно, могли бы избавить Вас от вируса гепатита С

Коинфекция ВИЧ и ВГС

<http://www.hcvadvocate.org>

Термин **коинфекция** употребляется когда человек болен двумя или более болезнями одновременно. Поскольку пути инфицирования вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) и вирусом гепатита С (ВГС) одни и те же, многие инфицированы как ВИЧ, так и ВГС.

Понятно, что наличие двух заболеваний одновременно значительно осложняет Вашу задачу по поддержанию своего здоровья. ВИЧ-инфекция усугубляет гепатит С, поскольку в этом случае повреждение печени происходит быстрее. Поэтому очень важно, чтобы Ваш врач понимал, каким образом ВИЧ и ВГС воздействуют на Ваше здоровье. Некоторые больные наблюдаются одновременно у специалиста по заболеваниям печени и ВИЧ-доктора, которые совместно делают все возможное для поддержания здоровья пациента.

Поскольку лекарства от ВИЧ перерабатываются в печени, очень важно регулярно контролировать ее состояние и не допускать ее повреждения этими лекарствами.

Если анализы показывают, что печень плохо реагирует на лекарство от ВИЧ, Ваш доктор может назначить другой препарат.

Важно помнить следующее:

- Каждый инфицированный ВИЧ должен пройти тест на ВГС.
- Состояние печени должно быть под постоянным контролем, так как лекарства от ВИЧ могут повредить печени.
- Как ВИЧ, так и ВГС поддаются лечению, поэтому обсудите со своим доктором возможные варианты лечения для Вас.
- Сделайте прививки против гепатитов А и В, если до этого

Вы не были инфицированы.

Не впадайте в панику, а постарайтесь как можно больше узнать о ВИЧ и ВГС и работать вместе с Вашим доктором для поддержания своего собственного здоровья.

Информация о вирусных гепатитах

ГЕПАТИТ (Hepatitis) — в общем виде, понятие, характеризующее поражение печени с признаками воспаления; используется для обозначения как самостоятельного заболевания, так и компонента многосистемного, или генерализованного, патологического процесса.

Гепатит классифицируется по многим критериям:

- этиологии (вирусный, токсический);
- длительности течения (острый, подострый, хронический);
- тяжести течения (тяжелый, средней тяжести, легкий);
- локализации поражения (очаговый, мезенхимальный, паренхиматозный) и т. п.

Картина клинических проявлений гепатита многообразна; среди основных его симптомов выделяют желтуху и боли в правом подреберье. Патогистологическая картина во многом определяется природой заболевания. При постановке диагноза гепатита постоянно пользуются данными биохимических анализов крови, мочи и других экскретов больного, а в сложных случаях прибегают к биопсии печени. По мере накопления знаний об этиологии и патологии гепатитов отдельное понятие “гепатит” утрачивает свой Диагностический смысл, уступая место конкретной нозологической форме заболевания, например, гепатит А, гепатит В токсический гепатит, гепатит при желтой лихорадке, гепатит при СПИД'е и т. п.

Вирусы гепатитов

Вирусы, способные вызывать специфическое поражение печени, называемое гепатитом. Они относятся к разным таксономическим группам и имеют разные биологические свойства. Объединяющим признаком служит только способность вызывать гепатит у человека. К вирусам гепатитов относят: вирус гепатита А, вирус гепатита В, вирус гепатита С, вирус гепатита D или дельта-гепатита, вирус гепатита Е, вирус гепатита F и вирус гепатита G. Предполагают существование других пока неидентифицированных вирусов гепатита. Кроме того, гепатит может вызываться такими вирусами, как вирус желтой лихорадки, герпесвирусы, вирус краснухи, вирусы Коксаки, вирус лихорадки Ласса, вирусы лихорадок Марбург-Эбола и другими, составляя часть генерализованного процесса. Известны также вирусы гепатитов животных, как-то: собак (аденовирус), мышей (коронавирус), уток (энтеровирус) и вероятно, обезьян.

Дальше - "сухие факты". Жмите на интересующие вас ссылки. Краткие справки - открываются в отдельном окне

- [Гепатит А - Вирус гепатита А](#)

- Гепатит В - Вирус гепатита В
Поверхностный антиген вируса гепатита В (Hepatitis B surface antigen - HBsAg)
- Гепатит С - Вирус гепатита С
- Гепатит D - Вирус гепатита D
- Гепатит Е - Вирус гепатита Е
- Гепатит F
- Гепатит G - Вирус гепатита G

Вирус гепатита ТТ

Инкубационным периодом называют интервал времени между попаданием возбудителя в организм и первым проявлением заболевания. Длительность инкубационного периода является одним из важных критериев при характеристике инфекционного заболевания, поскольку она отражает особенности взаимодействия конкретного паразита и хозяина. Патогенетические процессы, происходящие в течение инкубационного периода, в общем виде состоят в:

- количественном увеличении (размножении) возбудителя;
- распространении его по организму и достижении органа или органов, являющихся основным объектом поражения (органа-мишени);
- патологическом воздействии на клетки и ткани.

Начало клинических проявлений инфекции соответствует тому моменту, когда поражение клеток и тканей выходит за пределы физиологически возможного компенсирования и возникает дисфункция организма. Продолжительность инкубации зависит от:

- природы и вирулентности возбудителя;
- величины инфицирующей дозы, т. е. количества попавшего в организм инфекта;
- от состояния защитных, иммунных и компенсаторных систем организма-хозяина.

На длительности инкубационного периода сказывается и способ попадания возбудителя в организм: при СПИДе, например, инкубационный период значительно короче, если заражение происходит в результате переливания контаминированной вирусом крови, по сравнению с тем, который имеет место при заражении от полового партнера.

В экспериментах на лабораторных моделях длительность инкубационного периода устанавливается достаточно просто. В клинической практике это возможно лишь при наличии достоверных сведений о времени контакта с источником инфекции, причем, ценность таких сведений снижается, когда речь идет о длительных или множественных контактах.

При вирусных гепатитах длительность инкубационного периода не всегда определяется одинаково, поскольку концом периода одни считают первый день желтухи, другие — начало подъема сывороточных трансаминаз; сроки появления этих признаков могут расходиться на 1—3 дня.

На основании обобщенного опыта наблюдений длительность инкубационного периода для вирусных гепатитов человека при естественных способах заражения представляется величинами, показанными в таблице.

	Инкубационный период (в днях)	
	среднее	пределы
Гепатит А	28	10-50
Гепатит В	80	30-200
Гепатит С	49	21-140
Гепатит D		
суперинфекция	28	21-49
коинфекция	80	40-200
Гепатит Е	36	15-40
Гепатит G	16	14-20

Вирусная Персистенция- сохранение вируса в функционально активном состоянии в клетках организма или культур ткани за пределами тех сроков, которые характерны для острой инфекции. Соответственно, инфекции, обусловленные феноменом вирусной персистенции, называют персистентными вирусными инфекциями. Как правило, они протекают при менее выраженных по сравнению с острой инфекцией клинических проявлениях, либо вовсе без них.

Выделяют три группы персистентных вирусных инфекций:

- хронические;
- латентные;
- медленные.

Хронические инфекции отличаются от двух других тем, что присутствие вируса определяется относительно просто с помощью лабораторных методов; к их числу относятся, например, хронические формы вирусного гепатита В. При латентных инфекциях, типичных, в частности, для герпесвирусов, возбудитель маскирован в тканях, и его выявление возможно при обострениях. При медленных инфекциях, представителем которых может считаться болезнь Крейцфельда-Якоба, вирусная персистенция приходится на чрезвычайно длительный (несколько лет) инкубационный период, предшествующий медленно развивающемуся заболеванию.

В клеточных культурах вирусная персистенция воспроизводится при заражении клеток нецитопатогенными возбудителями, когда их размножение не сопровождается нарушениями структуры и основных биологических функций клетки; такие клетки в свою очередь сдерживают вирусную репликацию путем выработки интерферона. Персистентно инфицированные клетки могут длительное время поддерживаться в серийных пассажах. Известны примеры экспериментального выведения клеточных линий в состоянии персистентной инфекции вирусом гепатита А и вирусом гепатита Е.

Другим механизмом персистенции является интеграция вирусного генома в хромосомы клетки-хозяина, в таком виде в клеточных линиях сохраняются онкогенные вирусы. В этой связи следует отметить, что поверхностный антиген гепатита В обнаруживается в клеточных линиях, происходящих из первичной гепатоклеточной карциномы; последняя, как установлено, этиологически ассоциирована с гепатитной В инфекцией. Продукция этого антигена в некоторых клеточных линиях, в том числе известных под названием PLC/PRF/5 и гепатомы Александра (Alexander hepatoma cell line), столь велика, что они могут рассматриваться как источник получения антигена для диагностических целей.

Вследствие вирусной персистенции отдельные клеточные линии оказываются спонтанно контаминированными разнообразными агентами, включая и те, которые происходят из тканей организма, из которых исходно извлекались клетки, или из биологических компонентов (например сыворотки), входящих в состав питательных сред. Это обстоятельство должно быть принято во внимание при использовании клеточных линий в вирусологической работе.

Вирусные гепатиты при беременности имеют свою специфику. Гепатит может быть вызван вирусами гепатитов А, В, С, D и Е и иметь весь спектр проявлений, характерных для инфекций, вызываемых этими возбудителями. В структуре вирусных гепатитов, регистрируемых у беременных женщин, от 40— 70% составляют гепатиты, передающиеся с кровью, т. е. гепатиты В, С и D, что возможно, связано с более частыми медицинскими манипуляциями, получаемыми этой группой населения. Обычно регистрируемая частота вирусных гепатитов у беременных женщин близка к заболеваемости этой возрастной группы на данной территории.

Общей особенностью всех вирусных гепатитов, протекающих на фоне беременности, является повышенная частота и выраженность холестатических проявлений: зуд кожи; более интенсивная желтуха; повышенный уровень щелочной фосфатазы; гиперхолестеринемия; гиперлипопротеинемия. Выраженность холестаза определяется сочетанием функциональных изменений желчевыводящей функции печени во время беременности с патологическим повреждением гепатоцитов в процессе инфекции. Тяжесть течения вирусного гепатита обычно нарастает с увеличением срока беременности. По исходам заболевания вирусные гепатиты, протекающие у этой категории

больных, практически не отличаются от гепатитов, регистрируемых у небеременных женщин.

При остром гепатите у беременных часто происходит спонтанное прерывание беременности. Причем, в большинстве случаев выкидыш или преждевременные роды наступают в разгар болезни и связаны с интоксикацией. Прерывание беременности приводит к резкому утяжелению болезни. Учитывая это, считается, что искусственное прерывание беременности в остром периоде заболевания противопоказано. Младенческая смертность зависит от степени доношенности ребенка. Установлено, что недоношенные дети, родившиеся от матерей, больных острым гепатитом В, погибают в два раза чаще, чем доношенные. У детей, родившихся от матерей, больных вирусными гепатитами, чаще регистрируются сопутствующие гнойно-воспалительные заболевания.

Актуальную проблему представляет гепатит Е, когда он поражает беременных. В этих случаях регистрируется повышенная, по сравнению с другими гепатитами, частота тяжелых и фульминантных форм заболевания. Фульминантные и тяжелые формы гепатита Е у беременных женщин, особенно на поздних сроках характеризуются: нарастанием тяжести к 4—6 дню желтушного периода, что обусловлено интоксикацией организма; ухудшением состояния в первые трое суток после родов; гемоглинурией, связанной с гемолизом эритроцитов; геморрагическим синдромом с повышенной кровопотерей в родах; развитием острой печеночной недостаточности, сопровождающейся комой и энцефалопатией. Причины частого развития фульминантного гепатита Е у беременных женщин окончательно не ясны; предполагают, что на развитии процесса сказывается гормональный дисбаланс, усиливающий высвобождение токсичных цитокинов из поврежденных Купфферовских клеток.