



Проф. д-р Stefan Zeuzem, д.м.

Хепатит С

Рискове, превенция и
лечение

ELPA



European Liver
Patients Association

F. De Renesselaan, 57
B - 3800 Sint-Truiden,
Belgium
email: contact@elpa-info.org



Уважаеми пациенти,

тази брошура има за цел да Ви помогне да научите повече за това заболяване и да се справяте по-добре с него. Тя трябва да Ви вдъхне смелост да запазите нормални отношения с близките си и да не изпитвате неоснователен страх от предаване на болестта. С помощта на брошурата бихме желали и да Ви информираме относно последствията за здравето от хроничния хепатит С и за възможностите за лечение. Надяваме се по този начин да сме Ви от полза. Ако имате някакви допълнителни въпроси, доверете ги на лекуващия си лекар.

Nadine Piorkowsky
Президент на ELPA

Проф. д-р Stefan Zeuzem, д.м.
Медицински Съвет на ELPA

Съдържание

Въведение	стр. 4
Черният дроб	стр. 5
Вирусен хепатит С	стр. 6
Пътища на заразяване	стр. 7
Увреждания, дължащи се на хепатит С	стр. 8
Кръвни изследвания	стр. 12
Чернодробна биопсия (чернодробна пункция)	стр. 13
Лечение на хепатит С	стр. 14
Съществуват ли алтернативни методи на лечение?	стр. 21
Бъдещи лечебни възможности	стр. 22
Може ли човек да се имунизира срещу хепатит С?	стр. 24
За какво трябва да внимавам в диетата си?	стр. 24
Хепатит С и бременност	стр. 25
За ELPA	стр. 27

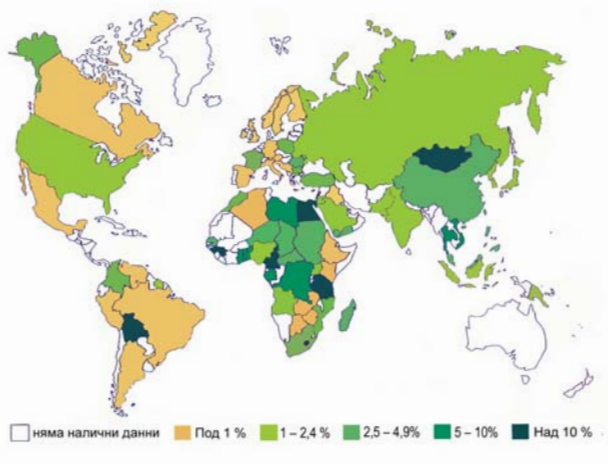
Редакция: август 2009
Оформление: © 2007 Deutsche Leberhilfe e. V.

Въведение

В Европа общо няколко милиона души страдат от хронично чернодробно заболяване. Чернодробната цироза (цикатрициално променяне на черния дроб) е едно от четирите най-чести болестни състояния, които водят до смърт при възрастни между 30 – 50 годишна възраст.

Освен алкохола, като причини за хроничните чернодробни заболявания трябва да се посочат на първо място вирусните хепатити В и С. Хепатит означава възпаление на черния дроб. В Европа всяка година има няколко хиляди нови инфектирани с хепатит В и С. Преценено е, че в отделните страни разпространението на вируса на хепатит С варира в границите 0,5 – 5% (5-50 на 1000 души население).

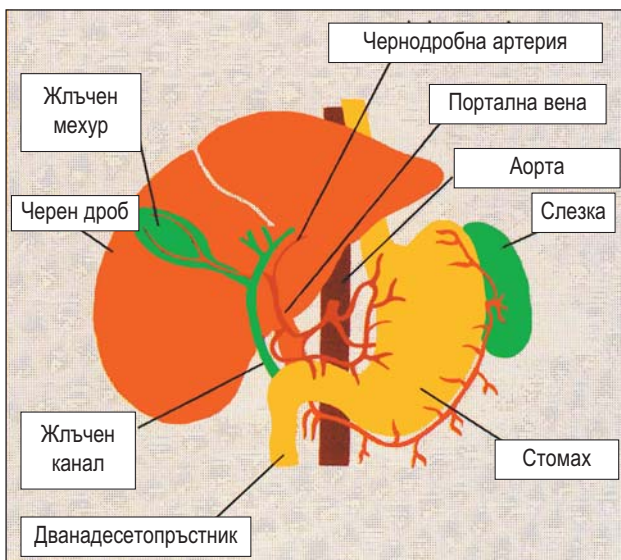
Разпространение на HCV в световен мащаб



Черният дроб

С теглото си от около 1500 гр, черният дроб е най-големият вътрешен орган в човешкото тяло. Разположен е в горната част на корема и е обграден от съединителнотъканна капсула. Черният дроб е основният орган на обмяната на веществата в тялото. Към функциите му се причислява разграждането на отровни вещества, които са навлезли в организма през червата, преди да попаднат в големия кръг на кръвообращението. Тук се обработват хранителните съставки, които са достигнали до черния дроб от червата. Черният дроб синтезира важни белтъци, които например участват в кръвосъсирването или в защитата на организма срещу инфекции.

Друга важна функция е продуцирането на жлъчка, която после се отвежда до дванадесетопръстника по специална



Местоположение на черния дроб в горната част на корема и кръвоснабдяване на органа. Богатата на вещества от храната кръв от червата достига в черния дроб през порталната вена.

система от канали. Чрез жлъчката се изхвърлят отпадните продукти от червените кръвни клетки. Тя спомага и за храносмилането на мазнините. С жлъчката от организма се изхвърлят и различни отровни вещества.

Самият черен дроб не притежава нервни влакна, които да предават болка. Възможно е обаче да се получат болки от разтягането на съединителнотъканната капсула в случаите, при които черният дроб се увеличава или цикатризира в резултат на възпалителни промени.

Вирусен хепатит С

Хепатит С представлява вирусна инфекция на черния дроб. Причинител е вирусът на хепатит С. Вирусът се размножава в черния дроб и от чернодробните клетки се освобождава в кръвта. При около 60-80% от пациентите защитната система на организма не е в състояние да се справи успешно с вируса, хепатит С хронифицира. При останалите 20-40% от пациентите настъпва оздравяване от хепатит С в рамките на половин година след инфектирането без лечение.

Симптоми на хепатит С

Симптомите на хепатит С са много дискретни, повечето пациенти изобщо не забелязват инфекцията. Някои пациенти усещат засилена умора, чувстват се отпаднали и с понижена дееспособност или имат оплаквания от горната дясна част на корема. Появата на жълтеница е по-скоро рядка.

Механизъм на заболяването

При хроничната инфекция нови клетки се инфектират постоянно от хепатитните вируси. Белег на възпалението е навлизането на бели кръвни клетки в тъканта на черния дроб. Те имат за задача да разградят и изчистят инфектираните и умрели чернодробни клетки. По правило обаче те не успяват да отстранят самия вирус. Загиналите чернодробни клетки след това могат да бъдат заместени със съединителна тъкан (цикатрициална тъкан). Ако черният дроб се промени от тази съединителна тъкан, в началните стадии говорим за чернодробна фиброза, а по-късно - за чернодробна цироза. Организмът не е в състояние да превърне циротичната цикатрициална тъкан обратно в чернодробна тъкан.

Пътища на заразяване

Заразяването с вируса на хепатит С става най-често по директен или индиректен кръвен път (парентерално предаване).

Преди 1990 заразяването с хепатит С чрез предаване с кръв и кръвни продукти не беше рядкост. Междувременно днес позитивните за хепатит С кръводарители се откриват чрез модерни тестове. Оставащият риск за инфектиране с хепатит С чрез кръвопреливане днес е минимален.

Вирусът може да се предава и чрез замърсени спринцовки напр. при употреба на наркотици. Други рискови фактори за инфектиране с хепатит С са татуиране и пиерсинг. Не е изключено и предаване от открити рани, бръснарски ножчета или четки за зъби. Възможно е предаване на вируса и по полов път. Рискът за сексуалните партньори на пациентите

се оценява обаче като нисък. Рискът за предаване на инфекцията зависи от сексуалното поведение.

До момента не са описани случаи на предаване на вируса през здрава кожа или чрез слюнка. Няма опасност от инфектиране чрез посуда, чаши или прибори за храна, ако те не са замърсени с кръв.

Увреждания, дължащи се на хепатит С

На фона на един хроничен хепатит (възпаление на черния дроб, при което има изразени възпалителни промени в чернодробната тъкан) при около 30% от пациентите в следващите години се развива чернодробна цироза. Рискът от развитие на чернодробна цироза зависи между другото от възрастта на пациентите към момента на инфекцията и продължителността на заболяването, което означава, че заболяването често се развива по-бързо при инфектиране в по-напреднала възраст (над 40 години). Фактори, които могат да ускорят развитието на чернодробна цироза, включват допълнителни чернодробни заболявания напр. с други вируси (напр. допълнителна инфекция с вируса на хепатит С) или вещества, които увреждат черния дроб по други начини. Тук на първо място трябва да се спомене алкохолът.

За чернодробна цироза говорим, когато една голяма част от чернодробната тъкан се замени със съединителна тъкан. По този начин се разрушава нормалната структура на чернодробната тъкан. Така се достига до промени на кръвоснабдяването, които могат да доведат до повишено кръвното налягане в порталната вена (вената между червата и черния дроб). Задържането на кръвта назад може да дове-

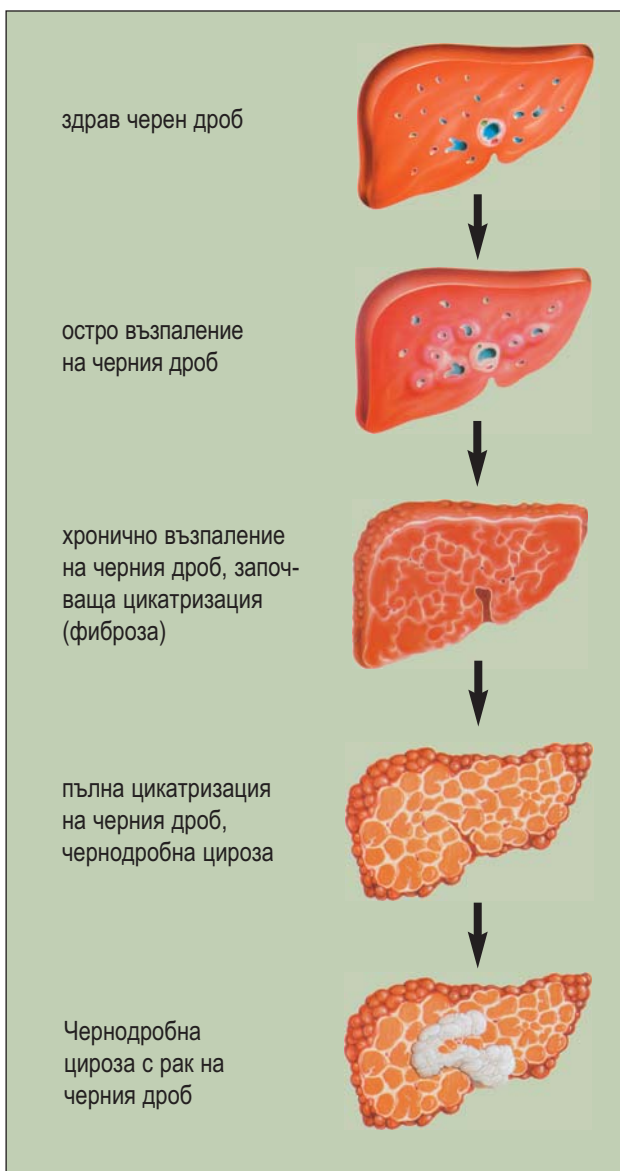
де до поява на разширени вени (варици) по хранопровода и стомаха. Когато тези съдове се спукат, могат да настъпят тежки стомашно-чревни кръвоизливи. Опасността от кръвене допълнително се повишава от това, че способността на кръвта да се съсирва е намалена поради намаления синтез на белтъци в черния дроб и поради намаления брой на кръвните плочици (тромбоцити). Между другото, поради повишеното кръвно налягане преди черния дроб може да се развие задържане на телесни течности в коремната кухина (асцит).

При чернодробна цироза отровните вещества, които навлизат от стомашно-чревния тракт в кръвта, вече не могат напълно да се разградят от черния дроб и така попадат в кръвообращението на тялото. Тук те могат да причинят засилена умора и отслабване на способността за концентрация (хепатитна енцефалопатия, Encephalon = мозък).

Поради намалената продукция на белтъци от циротично променения черен дроб се развиват освен нарушенията на кръвосъсирването и недостатъчна синтеза на вещества, които са необходими за защитните механизми на организма. Резултатът от това е повишена чувствителност към инфекции.

Поради задържането на жлъчка назад, при тежки чернодробни заболявания, често се стига до жълто оцветяване на очите и кожата (иктер, жълтеница). Често това е съпроводено и от сърбеж. Същевременно е възможно урината да потъмнее.

След по-дълго боледуване при пациентите с хроничен хепатит С се повишава и рискът за развитие на рак на черния дроб (хепатоцелуларен карцином). При повечето пациенти хепатоцелуларният карцином се развива на фона на чернодробна цироза, но при малко на брой пациенти с хроничен хепатит С са описани и чернодробни карциноми без преди това да е имало чернодробна цироза. По тази причи-



Фигура: Превръщане на хроничен хепатит С в цирроза и рак на черния дроб в хода на няколко десетилетия. Едно лечение или здравословна диета могат да спрат или забавят хода на това развитие.

на се препоръчват редовни контролни ехографски прегледи и кръвни изследвания.

В някои случаи хепатит С протича толкова тежко, че е възможно да се наложи чернодробна трансплантация.

Активността на възпалението в черния дроб, както и степента на затлъстяване на черния дроб и съединителнотъканните промени могат да се установят само чрез микроскопско изследване на парченца тъкан (хистолоично). За тази цел се налага вземане на проби от черния дроб (чернодробна биопсия). Индиректните методи на изследване като напр. еластографията също могат добре да оценят степента на фиброзиране на черния дроб.

Кръвни изследвания

Вирусът на хепатит С може да се открие директно в кръвта чрез генетичната му информация (РНК) или индиректно – чрез антитела, които се синтезират от белите кръвни клетки на пациентите. Установяването на РНК показва активно заболяване, наличието на антитела срещу вируса на хепатит С (anti-HCV) може да се наблюдава и след оздравяване от инфекция с хепатит С и при продължаваща хронична инфекция. При пациенти, които са излекувани от хепатит С е възможно още дълго време да се откриват антитела, но не и РНК от HCV.

Основен момент в диагностицирането на хепатит С е установяването на антитела срещу хепатит С (anti-HCV). Ако даден пациент е anti-HCV-позитивен (т.е. има в кръвта си антитела срещу вируса на хепатит С), трябва да се извърши изследване за директно установяване на вируси напр. чрез т. нар. PCR (полимеразна верижна реакция). Това е един изключително чувствителен тест за доказване на вируси на хепатит С в кръвта.

Във всички случаи, при които ще се прилага алтернативно лечение, е уместно да се установи количеството на вирусите в кръвта (вирусен товар) и генотипът на вируса на хепатит С.

Чернодробните показатели (ALT, AST, наричани още "трансаминази") показват с някои ограничения възпалителната активност на хепатита. Нормални стойности на чернодробните показатели не означават обаче, че може да се изключи напълно хроничен хепатит С. Чернодробните показатели се изследват и за проследяване в хода на лечението.

Понеже рискът за развитие на чернодробен рак е повишен при пациенти с хроничен хепатит С, при тях трябва периодически (на шест до дванадесет месеца) да се правят кръвни изследвания за туморни маркери за чернодробен карцином – алфа-фетопротеин. През същите интервали от време

трябва да се прави и ехографско изследване на черния дроб.

Чернодробна биопсия (чернодробна пункция)

За да може да се установи делът на съединителнотъканните влакна, на активността на възпалението и степента на затлъстяване на черния дроб може да подходящо да се направи пункция на черния дроб. При чернодробната пункция се взема малко парченце тъкан под местна упойка и се изследва с микроскоп (хистологично изследване). Пълната хистологична оценка показва отделно възпалителната активност (степенуване) и стадия на развитие на фиброзата (стадиране).

„Здрави“ носители на вируса на хепатит С (установяват се вируси в кръвта, нормални стойности на чернодробните показатели и нормална биопсия) се срещат рядко. При болшинството пациенти биопсията установява белези на хроничен хепатит дори и при нормални стойности на чернодробните показатели.

Лечение на хепатит С

За да може да се спре или забави развитието на болестта има възможност за провеждане на една отговорна терапия с интерферон алфа, по възможност в комбинация с Ribavirin.

Ribavirin представлява вещество, което по още неизяснени механизми потиска вирусите на хепатит С. То действа особено в комбинация с интерферон алфа и се приема под формата на таблетка или капсула.

Интерферон представлява естествен белтък от организма, който между другото се синтезира от белите кръвни клетки, особено когато организмът трябва да се защитава срещу вирусни инфекции. Използваният при лечението на вирусните хепатити интерферон алфа се произвежда по биотехнологичен път. Интерферон алфа трябва да се инжектира в подкожната тъкан подобно на напр. инсулина за лечение на пациенти със захарна болест.

За да се подобри ефективността на лечението с интерферон алфа и поносимостта му, може интерфероните да се свържат към полиетиленгликол (Polyethylenglykol - PEG) (пегилирани интерферони алфа, Peg-интерферон алфа). Така променените интерферони остават по-дълго време активни в организма и трябва да се инжектират само един път на седмица.

Полиетиленгликол обвива интерферон алфа като една предпазна мантия и така забавя предсрочното разграждане на медикамента. По този начин обаче не се блокират важните за антивирусното действие на интерферона участъци. Така се поддържа постоянно ниво на активността и размножаването на вируса се потиска равномерно в продължение на по-дълго време.

Една друга технология за удължаване на действието на интерферона е свързването му към човешки серумен албумин. Албуминът е естествена субстанция с дълъг

полуживот, която изпълнява в организма различни задачи. Свързаният към албумин интерферон алфа (Alb-Interferon) запазва антивирусната активност на интерферона, но поради дългия полуживот на албумина трябва да се инжектира само веднъж на две до четири седмици. В рамките на клинични проучвания е установено, че при пациенти с хроничен хепатит С дългосрочните вирусологични резултати от лечението с интерфероновы препарати с дълго действие са отчетливо по-добри в сравнение с стандартните интерферони с кратко действие. Чрез комбинирането на интерферони с дълго действие и Ribavirin се постига още по-висока успеваемост за оздравяване. Тази комбинация е по-добра от комбинацията на стандартни интерферони с Ribavirin и по отношение на поносимостта.

Препоръчителните дозировки за интерфероните са посочени в таблицата на тази страница. Дозата на Ribavirin трябва да се определи индивидуално за Вас от лекаря Ви на база кръвната Ви картина (особено стойностите на червения кръвен пигмент [хемоглобин]), телесната Ви маса, както и на генотипа на HCV. Обикновено дозата е между 800 и 1200 mg на ден, разделена на два приема – сутрин и вечер. При много тежки случаи може да се прилага и по-висока доза.

Стандартни дозировки на интерферон

Интерферон алфа-2a	3–6 милиона единици три пъти седмично
Интерферон алфа-2b	3–5 милиона единици три пъти седмично
PEG-интерферон алфа-2a	180 µg един път седмично
PEG-интерферон алфа-2b	1,0–1,5 µg/kg телесна маса един път седмично
Alb-интерферон алфа-2b	900 µg един път на 2 седмици

Отнесено към телесната маса дозата на Ribavirin трябва да е около 15 mg/kg телесна маса за HCV с генотипове 1 и 4, и около 13 mg/kg телесна маса за HCV с генотипове 2 и 3. Основната цел на лечението да се спре развитието на болестта при засегнатите пациенти (спиране на нарастването на съединителната тъкан [цирозата] в черния дроб и нейните усложнения). Най-добре тази цел се постига, когато вирусът на хепатит С се отстрани напълно от организма т.е. HCV-РНК да не се открива трайно дори с най-чувствителните методи. Степента на отговор (брой пациенти, при които в хода на лечението не се откриват повече вируси в кръвта) на едно лечение с интерферони с продължително действие и Ribavirin е около 60–90%. За съжаление при някои пациенти, които първоначално са имали отговор към лечението, още по време на лечението (рядко) или след спиране приема на лекарствата отново се появяват вируси. Общият траен успех от лечението с комбинираната терапия с интерферони с продължително действие и Ribavirin е около 50–60%.

От особена важност е редовното приемане на лекарствата. Ако по време на лечение с интерферон алфа / Ribavirin се проявят тежки нежелани лекарствени реакции (напр. депресии), те трябва да бъдат евент, медикаментозно лекувани, но антивирусните медикаменти, ако е възможно, не трябва да се спират. Понеже нежеланите лекарствени реакции от лечението с интерферон-алфа и рибавирин бързо отзвучават след края на терапията, тогава може съпътстващото лечение отново да бъде преустановено.

Особено добри резултати от лечението се постигат, когато терапията се започне възможно най-рано. Хронифицирането на острия хепатит С е възможно да се предотврати чрез 24-седмична монотерапия с (PEG-)интерферон. По тази причина лечението на острия хепатит С трябва да бъде започнато най-късно три до четири месеца след самото инфектиране.

Освен това вероятността за постигане на траен вирусологичен отговор (оздравяване) с комбиниранта терапия е значително по-висока при пациенти, които са инфектирани с HCV типове 2 или 3, в сравнение с пациентите, инфектирани с HCV тип 1 или 4. Също така продължителността на терапията оказва голямо влияние върху резултатите от лечението на хроничния хепатит С. Актуалните препоръки (2009) за лечението на хроничния хепатит С включват 24-седмична стандартна терапия за пациенти с HCV тип 2 или 3, която в най-добрия случай може да се съкрати до 16 седмици (пациентът е с нормално тегло, няма чернодробна цироза, ниско вирусно натоварване преди началото на лечението и бърз вирусологичен отговор с липса на HCV-РНК към четвъртата седмица от лечението). Пациентите с HCV типове 2 или 3, при които към четвъртата седмица от лечението в кръвта все още се установява HCV-РНК, вероятно биха имали полза от едно по-дълго от 24 седмици лечение (36-48 седмици).

Стандартната продължителност на лечението за пациенти с HCV-тип 1 или 4 е 48 седмици, но е възможно да бъде съкратена до 24 седмици при пациенти (без чернодробна цироза), които преди лечението са имали ниско вирусно натоварване и при които към четвъртата седмица от лечението в кръвта не се установява HCV-РНК, без при това да се намаляват шансовете за траен вирусологичен отговор. Пациентите с HCV тип 1 или 4, които показват бавен отговор към антивирусното лечение с интерферон с дълго действие и Ribavirin (все още се установява HCV-РНК през дванадесетата седмица от лечението, но са негативни през двадесет и четвъртата седмица от лечението), е по-вероятно да имат полза от едно удължено до 72 седмици лечение.

На база изходното вирусно натоварване и първоначалното спадане на вирусното натоварване при лекуваните пациенти е възможно още след четири или дванадесет седмици лечени да се твърди в каква степен те имат добри шансове

за трайно елиминиране на вируса. Шансовете за излекуване са толкова по-добри, колкото по-бързо и по-изразено е първоначалното спадане на вирусния товар. Минимални са шансовете за трайно елиминиране на вируса при пациенти, при които в първите 12 седмици от лечението не е постигнат дори е един спад с 99% на изходното вирусно натоварване.

Различните проучвания са показали, че чрез успешното комбиниране на интерферон и Ribavirin делът на съединителнотъканните влакна в черния дроб спада и се намалява честотата на преход към чернодробен рак. Обаче и след пълното отстраняване на вируса на хепатит С още няколко години рискът за развитие на чернодробен рак остава висок и по тази причина е уместно да се правят редовни ехографски контролни прегледи и след успешно лечение.

Общо при всички пациенти с хроничен хепатит С и повишена възпалителна активност в черния дроб може да се препоръча антивирусно лечение, стига да няма никакви други заболявания или състояния, които да забраняват подобно лечение. Вашият лекуващ лекар трябва да взема винаги индивидуално решение за избора на медикамент, дозата и продължителността на лечението.

Какви нежелани лекарствени реакции се очакват по време на лечението с интерферон алфа и Ribavirin?

Нежеланите лекарствени реакции от интерферон са чести в началото на лечението и след това в неговия ход значително намаляват. Най-честите нежелани лекарствени реакции включват грипоподобни симптоми като повишена температура, болки в ставите и мускулите, умора, липса на апетит и загуба на телесна маса. Понякога се появяват и нарушения на функцията на щитовидната жлеза. По време на лечението някои пациенти имат особено суха кожа и/или временно опадане на косата. Възможно е да се проявят и промени в настроението, достигащи до депресии. Освен това важни са и промените в кръвта, които се отнасят основно до белите кръвни клетки. Както интерферон, така и Ribavirin могат да доведат до алергични прояви. Най-често наблюдаваната нежелана лекарствена реакция от Ribavirin е преходно разреждане на кръвта (анемия). По тази причина са необходими периодични контролни изследвания на кръвната катина.

По време на лечението пациентите трябва да поддържат редовно контакт с лекуващия лекар и да му съобщават за всички нежелани лекарствени реакции. Много от нежеланите лекарствени реакции от комбинираната терапия с интерферон-алфа и Ribavirin могат да се повлияят благоприятно чрез корекция на дозата или чрез (временно) предписване на допълнителни медикаменти. Трябва да се изчерпят всички подобни възможности преди да се стигне до прекратяване на лечението поради непоносимост или нежелани лекарствени реакции. Не може да се изключи повишен риск за вродени дефекти при деца поради приема на Ribavirin. По тази причина пациентите, които са на лечение с Ribavirin, трябва да използват сигурен метод за контрацеп-

ция по време на лечението и до една година след неговия край. При жени, които са бременни още преди началото на лечението, не може да се провежда лечение.

На какво трябва да се обръща внимание по време на лечение с интерферон алфа и Ribavirin?

По време на лечението с интерферон алфа и Ribavirin трябва да се провеждат редовни контролни изследвания на чернодробните показатели (GPT, GOT), на кръвните показатели и на щитовидната жлеза. След лечение с продължителност четири и дванадесет (понякога и след 24) седмици трябва освен това да се изследва вирусното натоварване (HCV-RНК) в кръвта. За бърз вирусологичен отговор (RVR = „rapid virologic response“) говорим, когато през четвъртата седмица от лечението не се открива HCV-RНК в кръвта чрез чувствителен метод. През дванадесетата седмица различаваме пълен отговор (cEVR = „complete early virologic response“) и частичен отговор (pEVR = „partial early virologic response“). При пълния отговор (cEVR) на дванадесетата седмица не може да се открие HCV-RНК в кръвта, докато при частичния отговор (pEVR) на дванадесетата седмица вирусното натоварване трябва да е спаднало 100 пъти в сравнение с изходното, но в кръвта все още се открива HCV-RНК. На база резултатите за HCV-RНК през четвъртата и дванадесетата седмици може да се прецени дали лечението ще бъде успешно и колко дълго време да се провежда.

Съществуват ли алтернативни методи на лечение?

Към настоящия момент терапията с интерферон алфа само или в комбинация с Ribavirin представлява единствената възможност за трайно отстраняване на вируса на хепатит С от организма. Освен това отново и отново се описват успехи с т. нар. алтернативни вещества. Не съществуват обаче контролирани проучвания, при които да е изследвана ефективността на подобни препарати. Така всички информации относно това са базирани на неконтролирани доклади. Веществата, които се използват за лечение на чернодробни заболявания са напр. екстракт от бял трън (Silymarin), препарати от артишоки и Glycyrrhizin, които се използват основно в Югоизточна Азия. Определени препарати от бял трън (Silibinin), прилагани ежедневно във високи дози интравенозно, могат да доведат до намаляване на вирусното натоварване.



Бял трън

До момента обаче не е известно дали веществото в тези дози е безопасно и дали само понижава вирусното натоварване или и подобрява ефективността на лечението с Peg-интерферон/Ribavirin по отношение на оздравяването. В стандартните дози под форма на таблетки Silymarin не оказва влияние върху размножаването на вируса. Всички растителни и други алтернативни препарати

могат да предизвикват опасни нежелани лекарствени реакции, увреждащи черния дроб или взаимодействащи с други медикаменти. Пациентите трябва да информират лекуващите си домашни лекари или специалисти за всички допълнително приемани препарати, за да са в състояние те

Бъдещи лечебни възможности

В момента детайлно се изследват различни терапевтични подходи, вкл. инхибитори на специфични за HCV ензими, които отговарят за размножаването на вируса (инхибитори на протеазата, на хеликазата, на NS5A и на полимеразата). Най-напреднали в процеса на клиничното развитие са два инхибитора на HCV-протеазата (Bosprevir и Telaprevir), всеки от които в комбинация с PEG-интеферон алфа и Ribavirin може да подобри трайните вирусологични отгово-



ри при пациенти с вирус с генотип 1 с около 20% до около 70–75%. Очаква се тези две субстанции да бъдат разрешени за употреба в Европа 2011/2012 година. Други разработки в развитие обхващат т. нар. имуномодулатори и медикаментите, които потискат собствените структури на клетките на организма, които участват в процеса на размножаване на вируса, както и терапевтични ваксини, т.е. ваксини, които да подпомогнат собствените имунни системи на организма да

елиминират вируса на хепатит С или да забавят хода на заболяването.

В дългосрочен аспект има надежди вирусът на хепатит С да може да се лекува и без инжектиране на интерферон. За това ще са необходими обаче комбинации от минимум два до три инхибиращи препарати. Важно при новите субстанции е, че те самостоятелно или в комбинация не трябва да позволяват появата на резистентни варианти на вируса на хепатит С.

Общо трябва да се подчертае, че никакви нови субстанции нямат да получат разрешение за употреба, без да има подробни данни от клинични проучвания за ефективността, поносимостта и безопасността им. Пациентите, които биха желали още днес да получават бъдещите медикаменти, трябва да се насочат към големите центрове за лечение на чернодробни заболявания и да се поинтересуват за провежданите в момента клинични изследвания.

Може ли човек да сеимунизира срещу хепатит С?

Възможно е ваксиниране само срещу хепатит А и В, но не и срещу хепатит С. Вероятно и в обозримото бъдеще няма да има сигурно предпазваща ваксина срещу хепатит С.

Ако до сега не сте боледували от хепатит А или В, би трябвало евентуално да се ваксинирате срещу тези вируси. Непременно обсъдете това с Вашия лекар, понеже острата едновременна инфекция с вирусите на хепатит А или хепатит В при пациенти с хроничен хепатит С може да протече особено тежко.

За какво трябва да внимавам в диетата си?

Ако нямате увреждане на чернодробната функция, не се налага да спазвате някаква специална диета при хепатит С. При увредена чернодробна функция може да се наложи ограничаване на белтъците (месо, млечни продукти) или на приема на сол в храната. Това евентуално трябва да обсъдите заедно с Вашия лекар и специалист по храненето. Важно е да не употребявате алкохол.

Хепатит С и бременност

Рискът от предаване на вируса на хепатит С от майката на плода в хода на бременността се оценява като нисък. По правило предаването става в хода на самото раждане. Вероятността новороденото да се инфектира с вируса на хепатит С обаче е под 5%. Пациентите, които освен това са инфектирани с вируса на СПИН (HIV) имат по-висока вероятност за предаване на вируса на хепатит С.

Както преди, така и сега е спорно, дали инфекцията с хепатит С може да се предаде при кърмене. Повечето педиатри обаче не препоръчват на инфектираните с HCV майки да спрат кърменето.

За ELPA

ELPA възникна по желание на европейските групи за взаимопомощ на пациенти с чернодробни заболявания да обменят информация относно опита си от често различаващите се подходи в различните страни. През юни 2004 се проведе среща на 13 групи пациенти от десет европейски и средиземноморски страни, на която да се създаде организацията. Официално ELPA бе учредена на 14 април 2005 по време на конгреса по чернодробни заболявания EASL (European Association for the Study of the Liver). Целта на ELPA е да представя интересите на хора, страдащи от заболявания на черния дроб, по-специално:

- информация относно мащабите на проблема
- разясняване и превенция
- да покаже, че заболяванията на черния дроб получават много малко внимание от обществото в сравнение с други области на медицината като напр. заболяванията на сърцето.
- обмяна на информации относно успешни дейности и инициативи
- сътрудничество с професионални институции като EASL и ЕС, с цел лечението на пациентите с чернодробни заболявания и грижите за тях да са на най-високо ниво в цяла Европа.

European Liver Patients Association (ELPA)

F. De Renesselaan, 57
B - 3800 Sint-Truiden,
Belgium
email: contact@elpa-info.org

Регионално лице за контакт